



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE

« Espace, Cultures et Développement »

**MEMOIRE DE DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES
DE SOCIOLOGIE-ANTHROPOLOGIE**

Option : Sociologie du Développement

**DYNAMIQUE DE SUIVI DU PATIENT
PAR LES MEDICINES
TRADITIONNELLE ET MODERNE :
ETAT DES LIEUX A COTONOU**

INKPA

MEMBRES DU JURY:

PRESIDENT : Professeur Albert TINGBE – AZALOU

EXAMINATEUR : Dr Rock HOUNGNIHIN

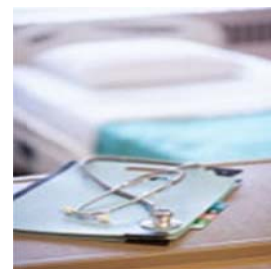
RAPPORTEUR : Professeur Cyriaque AHODEKON

NOTE : 15/20 Mention Bien

DATE DE SOUTENANCE : 03 Février

2014

ANNEE ACADEMIQUE 2013- 2014



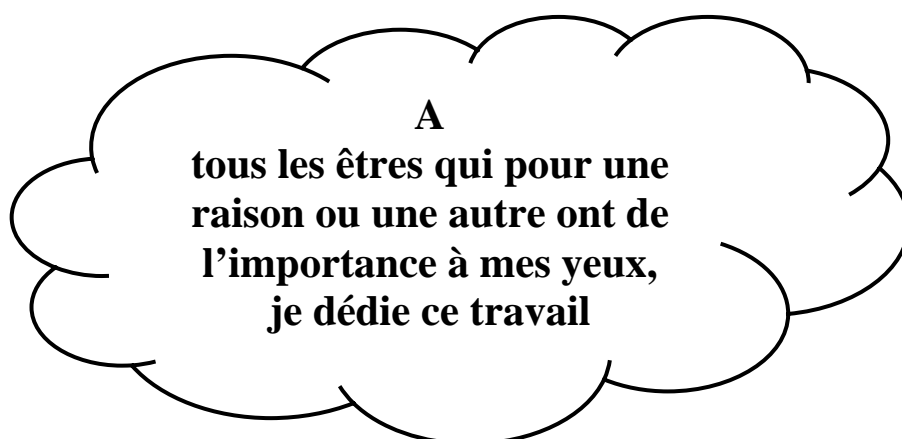


SOMMAIRE

DEDICACE.....	2
REMERCIEMENT.....	3
SIGLES ET ACRONYMES	4
LISTES DES TABLEAUX, FIGURES ET PHOTOS.....	5
RESUME.....	6
SUMMARY.....	7
INTRODUCTION	8
PREMIER PARTIE : CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL, ITINERAIRE METHODOLOGIQUE.....	11
CHAPITRE I : CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	12
CHAPITRE II : ITINERAIRE METHODOLOGIQUE.....	32
DEUXIEME PARTIE : HISTOIRE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET CELLE DU DOSSIER MEDICAL, CHEMINEMENTS THERAPEUTIQUES ET LOGIQUES DE SUIVI DU PATIENT.....	50
CHAPITRE I : HISTOIRE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET CELLE DU DOSSIER MEDICAL, CHEMINEMENTS THERAPEUTIQUES.....	51
CHAPITRE II : FORMES DE TRAITEMENT DU PATIENT, LOGIQUES AUTOUR DE L'UTILISATION DU DOSSIER SANITAIRE ET DU SUIVI DU PATIENT.....	61
TROISIEME PARTIE : RELATIONS ET CONFLITS ENTRE LES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET DE LA MEDECINE MODERNE.....	81
CHAPITRE I : RELATIONS ENTRE LES PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET DE LA MEDECINE MODERNE	82
CHAPITRE II : IMPACT DES RELATIONS DES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE SUR LE SUIVI DU PATIENT.....	90
CHAPITRE III : PERSPECTIVES SUR LE SUIVI ET LA CONTINUTE DES SOINS	100
CONCLUSION.....	103
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	106
ANNEXES.....	110
TABLE DES MATIERES.....	129



DEDICACE



**A
tous les êtres qui pour une
raison ou une autre ont de
l'importance à mes yeux,
je dédie ce travail**





REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements à :

✓ Mon directeur de mémoire du DEA Sociologie du Développement le professeur Albert TINGBE AZALOU, pour tout son dévouement, sa générosité, sa disponibilité, son soutien, ses suggestions et ses apports pour la réussite de ce travail;

✓ Mes parents, pour toutes ces peines, ces sacrifices à l'infini pour m'aider à arriver à ce stade, que ce mémoire vous donne une compensation et l'espoir dans l'attente du fruit de vos efforts : milles mercis ;

✓ Mon enseignant du Département de Sociologie-Anthropologie, Dr NANGBE Florentin qui à travers ses sacrifices quotidiens et le sacerdoce de sa profession a contribué à notre formation;

✓ Aux responsables des institutions, programmes, projets, centres de santé, qui, non seulement, ont autorisé le déroulement des enquêtes de terrain mais ont participé activement à la réalisation de ce travail;

✓ Aux aînés de la filière pour leurs soutiens, conseils, apports pour la réussite de ce travail;

✓ Mes profondes gratitude à mon mari Eusèbe EZI et à ma fille Marie-Josée pour cette patience à supporter mon absence, pour tout cet amour..., merci à vous trésor, que ce travail vous prouve tout mon amour.

A tous ceux qui m'ont aidé d'une certaine manière lors de la réalisation de ce travail, acceptez l'expression du témoignage de ma profonde obligation.

SIGLES ET ACRONYMES

ANAPRAMETRAB	: Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire –Hubert Koutoukou MAGA
CSA	: Centre de Santé d’Arrondissement
CUAU	Clinique Universitaire d’Accueil et des Urgences
DM	: Dossier Médical
DST	: Direction des Services Techniques
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FLASH	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FMSTP	: Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
INFOSEC	Institut National de Formations Sociale, Economique et Civique
INSAE	: Institut National de la Statistique et de l’Analyse Economique
MS	: Ministère de Santé
MV	: Mémoire Vivante
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé.
ONG	: Organisation Non Gouvernementale.
OOAS	: Organisation Ouest Africaine de la Santé
PADS-BAD	: Projet d’Appui au Développement du Système de la Santé.
PM	: Praticien Moderne
PMA	: Pays les moins avancés
PNPMT	: Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine

	Traditionnelle
PT	: Praticien Traditionnel
RAMU	: Régime Assurance Maladie Universelle
SCRP	: Stratégie de Croissance pour La Réduction de la Pauvreté
SSP	: Soins de Santé Primaires
TM	: Tradition Médicale
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNFPA	: Fonds des Nations -Unies pour la Population
UVS	: Unité Villageoise de Santé
ZS	: Zone Sanitaire.

LISTES DES CARTES, PHOTOS ET TABLEAUX

CARTE I : carte du Bénin montrant le département du Littoral	P : 35
PHOTO I : Image sur la médecine traditionnelle	P : 56
PHOTO II : Image sur la médecine moderne	P : 56
PHOTO III : les premiers ingrédients du traitement traditionnel	P : 65
PHOTO IV : Image montrant les étapes de la vie de l'homme	P : 69
PHOTO V : Image sur les ingrédients de la médecine traditionnelle	P : 73
PHOTO VI : les ingrédients des phytothérapeutes	P : 83
Tableau I: Bibliothèques et centres de documentation parcourus	P : 38
Tableau II : Répartition de la population à enquêter par groupes cibles	P : 43
Tableau III : Chronogramme des différentes activités de la recherche	P : 49
Tableau IV : Différences entre les médecines traditionnelle et moderne	P : 97
Figure 1 (graphe et tableau): répartition des patients et accompagnateurs	P : 57
Figure 2 (graphe et tableau): répartition des thérapeutes	P : 73
Figure 3 (graphe et tableau): répartition des groupes cibles	P : 74
Figure 4 (graphe et tableau): pourcentage des agents de santé	P : 90

RESUME

Ces dernières années, la pratique du suivi conjoint s'observe chez les patients de même que les praticiens. Cette méthode du syncrétisme médical a gagné la majeure partie de la population béninoise. Ce constat et celui fait sur le dossier médical dans le suivi du patient amène à réfléchir sur la «**Dynamique de suivi du patient par les médecines traditionnelle ou moderne : état des lieux à Cotonou**». L'objectif général est de comprendre les déterminants liés à l'utilisation dudit dossier pour le suivi du patient par les praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne à Cotonou tout en visant le respect donné au secret médical. Une démarche méthodologie de type qualitatif avec un soubassement quantitatif a été adoptée avec la technique du 'choix raisonné' utilisant la méthode focus group à l'aide des entretiens individuels, des guides d'entretien et le questionnaire sur les patients et leurs accompagnateurs, les agents de santé, les thérapeutes de même que les acteurs administratifs sans oublier la grille d'observation et la grille de lecture.

L'analyse et l'interprétation de ces données sont faites suivant les théories ci-après : l'individualisme méthodologie de BOUDON pour étudier les interactions et vérifier la corrélation existant entre les deux formes de médecines et enfin la représentation sociale de DURKHEIM et de ABRIC afin de comprendre les perceptions et les représentations faites sur les concepts 'maladie, suivi, dossier sanitaire'. Enfin, le modèle SWOT qui a permis de mettre en exergue les forces et les menaces de ce problème spécifique. La majeure partie des problèmes est liée au fonctionnement du dossier médical et de son influence sur la vie des patients. 42% de la population ont confirmé que ces dysfonctionnements sont liés parfois à la perception faite sur la maladie ou pas manque d'informations ou pour d'autres fins utiles, soit demandé par le tradithérapeute vue l'importance du plateau technique médical. Ces problèmes ont été recensés dans les centres d'administration des soins de Cotonou (le CNHU-HKM : le CUAU..., le centre Sêyon; les centres des tradipraticiens, les ambulants...) et suite à des observations faites dans lesdits centres.

La représentation faite sur la maladie selon les cultures, les traditions, amène près de 60% de la population à adopter le syncrétisme médical soit conventionnel le jour, traditionnel la nuit. Ces méthodes d'automédications, de chevauchements vers l'une ou l'autre forme de médecine conduisent certains praticiens à l'observation d'une collaboration. Cette dernière connaît des conflits tout en pénétrant les fonctionnements et les pratiques thérapeutiques de chaque système de santé.

Mots clés : *Tradition Médicale, Dossier Médical, Vie sanitaire, interaction et conflit.*

SUMMARY

These last years, the practice of the follow-up joins observes itself among the patients as well as the practitioners. This method of the medical syncrétisme won the major part of the Beninese population. This report and the one makes on the medical file in the patient's follow-up brings to think on the "Dynamics of follow-up of the patient by medicines traditional or modern: state of the places in Cotonou". The general objective is to understand the determinants bound to use of the aforesaid file for the patient's follow-up by the practitioners of the traditional medicine and the modern medicine in Cotonou while aiming the respect given to the medical secret. A gait methodology of qualitative type with a quantitative base has been adopted with the technique of it " reasoned choice " using the method focus group with the help of the individual interviews, of the maintenance guides and the questionnaire on the patients and their accompanists, the agents of health, the therapists as well as the administrative actors without forgotten the grid of observation and the grid of reading.

The analysis and the interpretation of these data are made below according to the theories: the individualism methodology of BOUDON to study the interactions and to verify the interrelationship existing between the two shapes of medicines and finally the social representation of DURKHEIM and ABRIC in order to understand the perceptions and the representations made on the concepts " illness, follow-up, sanitary file ". Finally, the SWOT model that permitted to put in inscription strengths and the threats of this specific problem. The major part of the problems is bound to the working of the medical file and his/her/its influence on the life of the patients. 42% of the population confirmed that these disfonctionnements is sometimes bound to the perception made on the illness or not lack of information or for other useful ends, is asked by the tradithérapeute seen the importance of the medical technical tray. These problems have been counted in the centers of administration of the care of Cotonou (the CNHU-HKM: the CUAU..., the Sêyon center; the centers of the tradipraticiens, the itinerant...) and following observations made in said centers.

The representation made on the illness according to the cultures, the traditions, bring close to 60% of the population adopted the medical syncrétisme is conventional the day, traditional the overnight. These methods of self-medications, overlaps toward one or the other shape of medicine drive some practitioners to the observation of a collaboration. This last knows some conflicts while penetrating the workings and the therapeutic practices of every health system.

Key words: Medical tradition, Medical File, sanitary Life, interaction and conflict.

INTRODUCTION

Le développement des nations africaines et particulièrement celui des pays très pauvres et endettés, demeure aujourd'hui une préoccupation. Celle-ci se retrouve au centre des débats actuels et se focalise sur plusieurs domaines plaçant la personne humaine au cœur du processus de développement. De nombreuses réflexions sont menées aussi bien au niveau international qu'à celui national, pour une amélioration de l'un des services sociaux de base qu'est la santé. Etant un concept, un déterminant, une mesure, la santé présente des notions telles que la maladie, le dossier sanitaire, le soin..., de la manière dont la population les comprend dans son ensemble et non pas seulement les professionnels de la santé. Les besoins d'une société ne sont pas seulement individuels mais aussi collectifs, la santé en fait partie. En effet, la santé physique et mentale d'une population est particulièrement importante. « *Etre en bonne santé est un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, d'idées politiques ou de conditions socio-économiques et sociales* » (Charte des Nations Unies, 2002)

Une population en bonne santé est un impératif pour les pouvoirs publics qui ont pris progressivement conscience de la nécessité de construire des centres de santé et de les équiper. Or « *la situation sanitaire de centaines de millions d'êtres humains dans le monde d'aujourd'hui est inacceptable, surtout dans les pays en voie de développement. Plus de la moitié de la population mondiale ne bénéficie pas de soins de santé adéquats* » (OMS, 1978). Les proportions ne sont pas toujours au niveau pouvant donner une "certaine paix" et favoriser une "sûreté" dans la réussite des politiques de santé publiques du gouvernement. Même si cette situation, est motivée par un manque d'informations relatives aux pratiques sanitaires, elle a été aggravée par la crise financière qui a durement frappée les pays en développement dès le début des années 80 (Ayikoue, 2002). Vu les conditions de vie de ces pays dont le Bénin, l'instauration du recouvrement des coûts d'accès aux soins (politique de tarification des prestations de services de santé) leur a été proposée en 1985, puis en pratique

exigée par la Banque Mondiale à partir de 1987. Ces politiques avaient pour objectif de garantir une meilleure politique des soins de santé. Cependant, depuis lors, il y a eu de nombreuses controverses autour de l'impact des systèmes de recouvrement des coûts sur l'accès aux soins et l'utilisation des services de santé. Or, la santé est un droit fondamental de l'homme et un objectif à la fois social et universel. Comme Leriche (1936) précisait « *la santé, c'est la vie dans le silence des organes* ». Pourtant, la médecine moderne et toutes les politiques à son égard n'ont pas pu satisfaire les demandes en soins de santé.

De ces considérations, le constat fait, signale qu'il existe au sein des communautés une forte demande des services de soins. Mais, s'assurer un meilleur état de santé, la population a conduit la **Médecine Traditionnelle** à sortir du sens péjoratif que lui soupçonne la colonisation. Ainsi, elle reste et demeure largement répandue dans les pays en développement. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002), 80% des populations vivant au Bénin sont tributaires de cette médecine traditionnelle pour leurs besoins en soins de santé.

Le dossier médical est un facteur clé dans le suivi et l'attribution des soins à chaque patient. En présence de deux ordres de médecine œuvrant dans le même système sanitaire, il est évident que de par les attributions et mode de fonctionnement de chaque ordre de médecine, la conception et la gestion de ce dossier est différent en fonction du système en face. Il est alors important de cerner les mécanismes des deux médecines suivant la gestion de ce dossier pour voir dans quelle mesure se fait le suivi du patient. C'est dans cette dynamique que s'inscrit cette recherche qui s'intitule *dynamique de suivi du patient par les médecines moderne et traditionnelle : état des lieux à Cotonou*.

Cerner la problématique de l'utilisation des dossiers sanitaires dans les services d'administration des soins revient à faire un diagnostic par le bas en abordant en profondeur la raison de son importance dans la prise en charge et le suivi du patient. Il est question d'aller vers les centres de soins que ce soit traditionnel, moderne, domicile, existant à Cotonou,

discuter avec les acteurs, analyser les implications et si possible, détecter les solutions possibles pouvant conduire à l'amélioration de l'accès à ces services et aux soins. L'environnement apparaît là comme l'axe central du développement social et économique durable. La stratégie qui en découle établit un lien explicite entre les besoins humains en matière de droits sociaux élémentaires et de développement économique, et la capacité biologique à satisfaire ces besoins. Alors, il est question de mettre en exergue les perceptions des acteurs, les conflits liés à son utilisation, sans oublier les modes et modalités de fonctionnement de ces dossiers sanitaires à Cotonou afin de comprendre la condition nécessaire et suffisante de l'utilisation du dossier sanitaire sur la prise en charge d'un patient à Cotonou. A cet effet, le présent document de mémoire résume en trois parties les résultats de cette recherche. Dans la première, il est lieu de parler du cadre théorique et conceptuel et les bases méthodologiques servant de socle à la recherche. Les deuxième et troisième parties du mémoire ont abordé l'historique des médecines sur le suivi du patient et enfin les relations et conflits entre les acteurs de la santé dans la continuité des soins.

PREMIERE PARTIE :

CADRES THEORIQUE, CONCEPTUEL

ET ITINERAIRE METHODOLOGIQUE



CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

1- APPROCHE THEORIQUE

L'analyse des problèmes sociaux est au cœur tant de l'intervention sociale que de la recherche sociale, et ce, depuis une longue tradition. Le recours à un concept relevant un problème social implique un certain jugement de valeur qui est contraire à une approche scientifique des faits sociaux.

1-1- PROBLEMATIQUE

Le développement conçu comme un ensemble de politiques et de stratégies consciemment définies et élaborées dans le but d'atteindre l'objectif global de bien-être général, de croissance continue et de l'offre des services sociaux de qualité, se concrétise à travers le suivi du patient passant par l'utilisation des dossiers médicaux par les médecines moderne et traditionnelle tout en ayant chacun un esprit bien orienté dans le système du suivi conjoint.

1-1-1- Problème

Les éléments constitutifs de la planète sont l'aboutissement de centaines de millions d'années d'évolution et ce sont eux qui permettent à l'espèce humaine de prospérer. Cette propension n'est possible qu'en fonction de la santé de l'espèce humaine qui assure la pérennisation des générations. C'est elle qui donne de nouvelles espèces qui la remplace car l'homme naît, grandit et meurt. Ainsi, définie comme un « *état complet de bien être sur les plans physique, mental ou social* » (OMS, 1978), la santé est aujourd'hui l'un des droits humains les plus élémentaires et constitue le ciment du droit à la vie (Epelboin, 2002). Le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir les conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine. Certains ethnologues dont Mitrani (1978) estiment que « *la notion de santé est d'un ordre de*

représentation plus général qui ne s'oppose pas terme à terme avec celui de la maladie, mais donne au contraire dans chaque contexte socio-culturel donné son véritable sens ». Tous les êtres humains ont alors le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, leur permettant de vivre dans la dignité. Car le droit à la santé est profondément lié à des droits ou principes inhérents à l'homme : la dignité, l'égalité et la liberté.

En effet, avec la crise des années 80, les problèmes financiers sont devenus accablants. Fort du niveau de pauvreté, l'automédication est devenue une action spontanée au sein de la population. Or, cette pratique est observée avec un certain regard de la part des agents de santé. Cette situation touche le système sanitaire béninois. La perception sociale de la maladie, et les mécanismes de sa guérison ne sont pas toujours maîtrisés par le corps des soignants des centres de santé dites "modernes". La plupart de ces centres de santé ne disposent toujours pas de personnel indiqué pouvant assurer la prise en charge du patient et son suivi adéquat. De ce fait, les diverses prestations fournies par les soignants des centres de santé moderne conduisent, bien de fois, les populations à mourir de leur mal, favorisant ainsi l'accroissement du taux de mortalité et de morbidité. Cherchant les stratégies et moyens viables pour les réduire, le Bénin a adopté les politiques des Soins de Santé Primaires (SSP) (Koukpo, 2005), les Objectifs du Millénaire pour le Développement (O.M.D) et le Régime d'Assurance Maladie Universelle (R.A.M.U.). Mais, avec un système de santé qui cherche continuellement ses marques de performances, il est indispensable de mettre au centre des discussions relatives à la santé et aux soins de santé, la personne humaine dans ses perceptions sociologiques.

La médecine, perçue comme une science qui définit les pathologies comme étant le résultat des causes d'ordre physique observable même si ce n'est à l'œil nu, n'entre pas toujours dans la conception béninoise. De ce fait, la médecine moderne n'est pas alors une émanation des sociétés africaines à l'instar du Bénin ; elle est essentiellement exogène comme

le souligne Van Dormaelm (1997). Ainsi, l'usage de la médecine traditionnelle y reste toujours très répandu même si elle fut considérée par un M. comme "*vecteur de poison*". Ainsi, force est de constater qu'aujourd'hui, l'utilisation de cette forme de médecine gagne en popularité même au-delà des territoires africains. De ce fait, son usage se fait de plus en plus répandu dans bien de pays développés (le Chine, l'Inde...), au point où, elle est considérée comme médecine complémentaire ou parallèle. Partant de ces présupposées, les itinéraires thérapeutiques en Afrique en général, et au Bénin en particulier oscillent entre la Médecine Traditionnelle et la Médecine Moderne. Mais, les divergences de présupposés étiologiques, thérapeutiques, nosologiques qui participent des différentes perceptions de la santé et de la maladie mettent régulièrement les praticiens de ces deux médecines en conflit. Ces conflits sont parfois autour du point de vue du suivi.

En effet, la santé et la maladie sont au Bénin, soumises à des interprétations et des usages pour la plupart enracinées dans la culture. Ainsi, l'individu en bonne santé est considéré comme celui qui sait accepter et obéir aux règles morales établies par le groupe social tout en affirmant sa personnalité. Tout élément qui entre alors en ligne de compte dans le choix d'un itinéraire thérapeutique par un acteur renvoie à son groupe socioculturel d'appartenance. Ces éléments suscitent aussi des interrogations voire des réflexions sur le discours qui sous-tend le choix de chaque pratique thérapeutique. Ce dernier est moulé dans la culture d'appartenance de chaque acteur social. Aucune culture n'étant statique, le choix de ces pratiques est lui aussi, dynamique et suscite des réflexions car il est courant aujourd'hui de constater l'utilisation simultanée des pratiques de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.

La Médecine Traditionnelle n'a plus le monopole de la clandestinité comme l'a induit la colonisation dans la chapelle des scientifiques au Bénin. Bien au contraire, elle a été institutionnalisée par le décret n° 2001-036 du 15 Février 2001(OMS, 2002) fixant les

principes déontologiques de l'exercice de la Médecine Traditionnelle en République du Bénin. Pour accentuer cette détermination, la résolution AFR/RC24/R14 du comité régional de l'OMS souligne « *l'inclusion d'experts en Médecine Traditionnelle dans le tableau régional des experts* ». Ainsi, en 2002, il y a eu l'adoption de la politique d'intégration et de promotion de la Médecine Traditionnelle dans le système national de santé au Bénin. Cependant, elle apparaît toujours, comme un sujet à polémique. S'il est vrai que la santé ne veut pas dire que l'on n'est pas malade ou infirme, elle signifie un état d'équilibre social et mental, qui constitue les bases du bien-être qui n'est possible qu'à travers un suivi adéquat. Or, la préservation de la santé du patient touche l'économie, la technologie, le social, la politique, la culture et le genre. Car la population constitue la force productive d'un pays. Ce suivi de la maladie exige la nécessité de créer un dossier d'information, car la maladie a une histoire et son présent dépend de la mémoire vivante qui le suit afin de cerner son évolution et les dynamiques qu'elle crée et suit. Pour répondre à ce phénomène, une des grandes mesures est de favoriser la coordination effective des soins en créant le **Dossier de Suivi Informatisé ou carte vitale**. La création de ce dernier devrait permettre de suivre le parcours optimal des soins pour toutes personnes, dans n'importe quelle situation et à tout moment. Or, il n'existe actuellement pas de dispositif permettant aux professionnels de santé tant modernes que traditionnels de partager les informations sanitaires du patient surtout dans un contexte d'utilisation associative voire simultanée des deux formes de médecine. Il en est ainsi, parce que la relation soignant soigné est une *relation sociale*, une rencontre entre deux acteurs (le patient et le traitant), tous deux membres de groupes sociaux et d'obédience divers mais engagés dans une action réciproque (le soin). Or, le patient au Bénin peut avoir plusieurs soignants à la fois et pire, des soignants de médecines différentes et donc divers dossiers médicaux suivant les structures de référence. Ainsi, il a plusieurs soins qui peuvent avoir des

interactions. Alors, la question fondamentale qui se pose est de savoir: **quelles sont les influences de l'utilisation du dossier sanitaire sur la vie des patients?**

Dans la quête d'une réponse favorable à cette énigme, cette recherche permettra de confirmer ou d'infirmier les hypothèses émises :

1-1-2- Hypothèses

- ❖ Les logiques développées autour des usages du dossier sanitaire engendrent un impact sur la qualité des soins ;
- ❖ La prise en charge du patient dépend des modes de fonctionnement des systèmes de santé;
- ❖ L'orientation du patient vers l'une ou l'autre forme de médecine résulte des relations entre les agents de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle.

Ces hypothèses ont été formulées en fonction des objectifs fixés par le présent travail qui s'énoncent comme suit :

1-1-3- Objectifs

➤ Objectif général

L'objectif général de cette recherche est de comprendre les déterminants liés à l'utilisation du dossier sanitaire sur le suivi du patient par les médecins et les tradithérapeutes dans la municipalité de Cotonou.

➤ Objectifs spécifiques

De façon spécifique il s'agira de :

- ✓ Identifier les différentes logiques autour de l'utilisation du dossier sanitaire;
- ✓ Cerner le contexte social et institutionnel du fonctionnement des systèmes de santé notamment sur le suivi du patient;

✓ Apprécier les relations entre les praticiens de la médecine traditionnelle et les agents de santé au cours de l'orientation du patient.

1-2- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Le choix d'un sujet de recherche est lié à un certain nombre d'observations ou de motivations. Celles qui orientent ce travail sont les suivants :

1-2-1-Justification du sujet

Les réflexions sur les différents problèmes auxquels sont confrontés les agents de santé et les populations dans le cadre de l'utilisation des dossiers sanitaires dans les services de soins et la relation entre les agents de santé et les praticiens de la Médecine Traditionnelle est un sujet permettant d'atteindre les objectifs de "la santé pour tous" au 21^{ème} siècle. Car le patient, actant au sein de la situation se chevauche sur deux formes de médecines sans la maîtrise réelle d'aucune médecine. Les motivations autour de ce sujet sont à la base du choix de cette recherche sont ficelées suivant les paramètres ci-après :

✓ Du contexte

La présente proposition de recherche se situe dans le cadre de la rédaction d'un mémoire devant sanctionner la fin de la formation en année de DEA de Sociologie du Développement à l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). Cette recherche consiste à circonscrire les diverses formes d'utilisation du dossier médical tant chez les agents de santé que chez les tradithérapeutes à Cotonou.

✓ Des raisons subjectives

Parmi les capitaux que nécessite le développement d'un pays, les plus précieux et décisifs constituent les ressources humaines. Ce sont elles qui, d'abord, conçoivent les convenances de la nation, créent et gèrent les ressources financières et matérielles. L'Etat a

alors le devoir d'assurer la santé aux populations de la nation. De ce fait, l'Etat demeure le principal garant de la santé de la population au Bénin. Pour répondre à cette exigence de la Constitution, il se doit de prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cadre de sa politique de santé pour lever l'ensemble des obstacles à un système de santé durable. Cependant force est de constater qu'à Cotonou, le coût des soins de santé moderne n'est pas toujours à la portée du pouvoir d'achat de la population qui pour la plupart font recours aux prestations de la médecine traditionnelle pour se soigner. De ce fait, ce sont les avantages obtenus de cette forme de médecine qui assurent à ces populations, un meilleur état de santé. Aussi, de par leurs perceptions de la maladie et des traitements octroyés, il est loisible de constater le recours simultané aux deux formes de médecine qui pourtant, ont des méthodes différentes et des praticiens qui ne s'acceptent pas toujours. Il devient important de savoir les causes des difficultés de l'utilisation des dossiers sanitaires qui peuvent générer des conséquences dans la prise en charge du patient.

Du point de vue subjectif, ce sont ces situations ou observations qui ont suscité la curiosité scientifique qui se matérialise à travers le choix de ce sujet de recherche.

✓ **Des raisons objectives**

Les raisons objectives sont essentiellement celles qui concourent à manifester la contribution à l'élargissement du niveau de connaissances dans le monde scientifique. La Sociologie-Anthropologie du Développement dans sa dimension fondamentale se propose d'interroger les dynamiques sociales d'une part et celles culturelles d'autre part afin d'expliquer les phénomènes sociaux en vue d'un développement durable. Ce travail est une contribution scientifique qui consisterait en lieu et place à faire un diagnostic sur la gestion des informations recueillies dans les services d'administration de soins. Mais les recherches qui ont été menées dans ce contexte, n'ont pas pris en compte les informations concernant la prise en charge d'un malade admis à l'hôpital ou chez un thérapeute. Cette recherche se veut

également être un système de la mise en place d'une stratégie pouvant permettre aux différents acteurs de pouvoir contribuer au fonctionnement des centres de soins. Ceci va favoriser une réorganisation des services de santé de premier contact et va aussi aider l'Etat à asseoir une bonne politique sanitaire qui prendra en compte le cheminement thérapeutique du patient.

1-3- **ETAT DE LA QUESTION**

Dans une logique de recherche scientifique, on est rarement le premier à entreprendre. Le champ thématique est souvent balisé par des études appropriées ou voisines. A cet effet, Quetelet (1998) se situant dans la même logique évoque : « *la recension des écrits constitue une pierre angulaire de l'organisation systématique d'une recherche. Aucun chercheur sérieux n'oserait entreprendre une recherche sans avoir au préalable vérifier l'état de la question au niveau des écrits sur le sujet* ».

La revue de la littérature sur la problématique de ce sujet de recherche a permis de faire l'état des lieux de la documentation relative aux différents recours et pratiques des populations. Cette démarche sous-tend la conception scientifique de Bachelard (1938) pour qui « *la science n'évolue pas par accumulation de connaissances mais par erreurs rectifiées* ». Ainsi, de nombreuses études se sont penchées sur la question de la pratique de la médecine traditionnelle et celle de la modernité dans divers domaines. Parmi celle-ci, on note que l'africain vit en étroite communion avec l'invisible et le sacré. Ce mode particulier de vie l'amène à utiliser aussi, pour se soigner, ses croyances endogènes.

Pour Benoist(1993) ailleurs, la médecine trouve en face d'elle des systèmes localement institués par la tradition. La personne, réponse au malheur, est partagée entre divers spécialistes, les uns soignants du corps, d'autres les menaces du destin, d'autres encore établissant le diagnostic des causes premières qui ont permis au mal de s'installer. La maladie demeure alors une construction sociale. Les médecines se doivent d'être en continuité à la fois

avec l'univers religieux, celui des plantes et avec la société des hommes pour leur permettre d'être libre dans le choix de leurs thérapies.

De son côté, VAN der VEEN(1996) souligne que, lorsque la maladie, ou plus généralement le mal-être, frappe l'individu, villageois ou moderne, ce dernier se trouve en quelque sorte confronté à un dilemme. Pour elle, ses causes en plus d'être physiologique peuvent être imputées aux dimensions qui caractérisent l'homme. De ce fait, elles peuvent être imputées à des facteurs pathologiques naturels comme, l'infection microbienne. Elles peuvent aussi être imputées à des déterminants culturels comme le manquement aux divinités, la rupture des tabous ou aux esprits émanant de la sorcellerie anthropophage. Ainsi, le traitement des maladies doit être placé au carrefour de la nature et du social en faisant usage de toutes les ressources de ces univers face aux inévitables problèmes de corps, d'âme ou de destin que chacun rencontre un jour dans sa vie. Par ailleurs, Strand (2010) affirme que les médecins, de part leur formation, sont concentrés sur la maladie. Pour eux, ils se doivent de l'attaquer pour la détruire en écartant les combines et le charlatanisme et en se fiant uniquement aux résultats des recherches scientifiques. Cette situation conduit Gruenais(2006) à écrire que le médecin justifie sa pratique, quelle qu'elle soit, par l'action: qu'il consulte ou qu'il s'adonne à la recherche. Il légitime et justifie toujours sa pratique par l'obligation qui lui est faite de soigner. C'est à croire que le médecin soignant ne maîtrise pas toujours les causes des maladies. Ainsi, les traitements donnés aux patients ne sont pas toujours viables au point où il arrive qu'ils meurent de leur mal. La question se pose alors de savoir comment les programmes de santé publics pourraient assurer un meilleur état de santé à la population.

La déclaration de Sundsvall d'une importance capitale, dénote que quatre aspects environnementaux caractérisent l'accès au soin de santé. Ces aspects se déclinent par:

✓ la dimension sociale qui permet de comprendre les façons dont les normes, les coutumes et les schémas sociaux influencent la santé.

✓ la dimension politique qui oblige le gouvernement à garantir une participation démographique, la prise des décisions et à la décentralisation des responsabilités et des mesures;

✓ la dimension économique qui suppose une redistribution des ressources en faveur de la santé pour tous et d'un développement durable et notamment le transfert d'une technologie fiable et durable ;

✓ la nécessité enfin de reconnaître et d'utiliser les compétences et les connaissances des femmes dans tous les domaines, y compris ceux de la politique et l'économie, pour mettre en place des infrastructures plus propices à des environnements favorables à la santé.

Cependant, les effets créés par l'explosion de l'offre privée de soins pour les couches privilégiées (Bennett, 1992), explosion ayant incité les médecins exerçant dans le public à compléter leur revenu par une pratique privée, impliquent souvent un traitement « à deux vitesses » à l'intérieur même des structures publiques, l'une pour les pauvres et les classes modestes, l'autre pour les riches et les classes moyennes supérieures ou en cours d'ascension. Dans ces conditions, il est à croire que pour ses auteurs, les structures de santé n'existaient que dans les zones urbaines ou pires dans les grandes villes qui sont néanmoins à des distances considérables des populations vivant en milieu rurale. Ceci explique l'affirmation de Gingras (2011) qui stipule que l'un des sous-entendus du discours de la santé publique, discours relayé par une fraction significative des professionnels concernés, est le besoin ressenti de recourir à une justification éthique, normative ou autre. De son utilisation, juste pour légitimer des interventions qui empiètent de plus en plus sur la vie sanitaire privée des citoyens, découle d'un problème empirique.

Massé (1995) affirme que l'ampleur des moyens utilisés par les institutions mandatées pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé n'est pas sans soulever de

multiples enjeux éthiques. Les valeurs favorisant le bien-être et le bien commun, la bienfaisance ou l'utilité, au nom desquelles sont mises en œuvre des interventions pour encourager de saines habitudes de vie, sont susceptibles d'entrer en conflit avec celles associées au respect de l'autonomie du citoyen, à la liberté de choix ou à la non-malfaisance. Vu cette situation, Degbelo (2011) affirme que certaines populations conscientes, de leur statut et soucieuses de leur avenir, choisissent de se rabattre sur la médecine traditionnelle, qu'elles considèrent comme médecine ayant ses obligations et règles et non pas du charlatanisme, pour se prendre en charge. Toutefois, il est loisible de constater que de plus en plus les recours thérapeutiques utilisés par ses couches défavorisées dans la politique de santé font l'apanage de plusieurs politiques. La protection contre les maladies et les infections compte parmi les attentes de toutes les couches sociales. Mais la méconnaissance des règles élémentaires de santé publique conduit à la recrudescence de plusieurs maladies dites émergentes.

De ce fait, l'utilisation de la médecine traditionnelle se fait de plus en plus courant même pour les couches aisées. Mais, les divergences de présupposés étiologiques, thérapeutique, nosologique qui participent des différentes perceptions de la santé et de la maladie mettent régulièrement les praticiens de ces différents corps en conflit (OMS, 2002). Aussi, le manque d'information sur le fonctionnement des cheminements thérapeutiques, conduisent les patients à mourir de leur mal. Pour y pallier, l'OMS(2002) s'est alors assigné pour mission de régler ces distorsions pour faciliter l'accès aux soins de santé de façon équitable à toute la population. Or, toute personne vivante a besoin de cette santé comme une assurance vie. Ce qui lui donne droit à l'information.

L'information du patient par le médecin constitue dans la société d'aujourd'hui une priorité. Ces travaux dirigés sous la direction Jolly(1999) ont publié l'aspect sur le consentement éclairé des patients entant qu'actant de leur histoire sanitaire et de la décision

partagée sur leur suivi et leurs informations sanitaires. La technologie médicale, l'évolution des thérapeutes, la nécessité de poser un diagnostic à l'aide d'investigations parfois agressives sont autant de raisons qui plaident en faveur d'une information simple, accessible à la compréhension du patient mais explicite et rigoureuse. La relation médecin-malade doit être ressentie par le soignant comme un renouveau de cette relation qui devrait aboutir au partage de la décision par les deux parties engagées dans le processus. L'analyse des interactions médecin-patient en médecine générale, sous l'angle de la production ou non d'inégalités sociales de santé se focalise sur les stratégies de négociation des acteurs (médecin et patient) autour des habitudes de vie et du médicament. Elle explore les relations entre les deux protagonistes et tente de saisir les stratégies de négociation qui traversent les échanges, à travers une analyse microsociologique des interactions (Roca et Genolini, 2008). Mais l'utilisation des informations concernant la Tradition Médicale varie d'un contexte à un autre. Ainsi, ressortir les problèmes épineux liés à l'utilisation des dossiers sanitaires afin de permettre aux usagers et aux prestataires de services est d'autant plus important. Car en matière d'oralité, le système de santé moderne est complexe : là se confrontent des interlocuteurs (soignant/soigné) qui, même s'ils utilisent la même langue ne parlent pas « le même langage ». Le malade exprime à la fois une souffrance, des symptômes, il peut suggérer une étiologie, ou la croire établie sans pouvoir ou vouloir la dire ; il peut demander un traitement sans accepter de dévoiler le reste...Ce que déclare un soignant sera toujours interprété par le patient et par ce dernier, sa compréhension dépendra de la façon dont le thérapeute aura su formuler son message.

Les conduites individuelle et collective des populations et des soignants sont une réponse aux questions les plus fréquemment posées par les professionnels sur le terrain autour des représentations de la maladie (la maladie comme fait social, comme vécu individuel et comme événement culturel collectif avec ses normes et contraintes), des formes de la prise en

charge (le rapport soignant/soigné), des aspects culturels du traitement (itinéraires thérapeutiques), des dynamiques sociales, des systèmes médicaux traditionnels et de l'articulation entre les différents systèmes médicaux (Agali, 2008). Cette situation devait permettre de pouvoir développer un espace de compréhension et d'acceptabilité mutuelle et aussi de faciliter aux décideurs nationaux et internationaux l'élaboration des stratégies adéquates pour une meilleure organisation de la politique sanitaire en termes de distribution équitable des ressources humaines. Tout ce-ci s'explique par le cahier de vie de la personne humaine qui existe autant en la médecine moderne et qui est appelé dossier médical qu'en la médecine traditionnelle dont le nom s'apparente à la tradition médicale. Or, le mode de constitution diffère d'une structure à une autre, d'une médecine à une autre. L'utilisation de ce cahier dans l'ordre du secret professionnel est confidentiel; mais pourtant le patient d'aujourd'hui est bien souvent à cheval entre plusieurs formes de médecines. Dans la pratique et le suivi des soins, le cahier de vie requiert une place importante. Mais avec les perceptions et représentations, modes de constitutions et pratiques médicales qui sont tous divers, comment s'organise alors le suivi du patient ?

2- APPROCHE CONCEPTUELLE

Conceptualiser un phénomène ou un concept, c'est le mettre dans le contexte de la recherche en cherchant les vocabulaires adéquats pour le définir. Cette recherche, après l'exploration amène à dégager des variables qui gravitent autour du problème social.

2-1- CONSTRUCTION DU CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel est l'ensemble des connaissances, théories qui ont un rapport quelconque avec le sujet de la recherche. Il est le lieu de l'articulation de sens contenu dans les variables. Car le travail sur le réel implique toujours une position théorique scientifique de départ (Beaud, 1985). Dans la présente recherche, le problème spécifique se situe autour

soins, elle occupe désormais une place centrale dans la régulation des systèmes de soins. De plus la qualité des soins, les professionnels de santé et les systèmes de santé qu'ils servent sont désormais tenus d'en faire la démonstration. Venant du monde industriel, des outils et des systèmes d'évaluation et de management de la qualité ont été introduits dans le monde des soins de santé. Tout cela suit des étapes en passant par la cohabitation des praticiens et les patients. Les formes de dynamismes observées ne sont uniques mais engendrent parfois les dysfonctionnements de grandes ampleurs qui ont été révélés par les études socio anthropologiques récentes (Balique, 1999 ; Jaffré et Olivier de Sardan, 2003 ; Jewkes et al, 1998) montrent que la qualité des soins doit impérativement faire l'objet d'une attention toute particulière (Richard et al., 2004). Cette dernière, de par sa nature, pousse un bon nombre de patients vers la tradition médicale où ils se croient recevoir la confiance et l'attention tant désirées. Cela engendre des conflits de la cohabitation des deux pratiques médicales. Car dans les sociétés humaines, il existe des facteurs socioculturels qui influencent la façon dont les personnes perçoivent leur corps et gèrent leur santé. Tout processus de développement passe par la reconnaissance et le respect des diversités culturelles. Les programmes de développement sanitaire ne doivent pas signifier un refus de comprendre les manières de penser la maladie, les savoirs et pouvoirs autour de la maladie.

2-2- CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Une caractéristique importante de toute communication est le consensus sur le sens des mots utilisés. Porteurs de sens, ils varient selon le contexte. C'est pourquoi **Loubet Del Bayle** (1978) souligne « *la première démarche du sociologue est de définir ce dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache ce dont il est question* » puisque, les concepts, les notions dans le monde scientifique sont susceptibles de prendre plusieurs dimensions du point de vue sémantique. Vu la pertinence de cette démarche, les explications ont été empruntées au

domaine de la Sociologie, de l'Anthropologie, aux travaux de recherches sur la médecine et tenant compte du contexte de la présente recherche afin de mieux élucider les concepts, **tradition médicale, dossier médicale, interactions, conflit, mémoire vivante**, induit par le présent travail.

L'homme est un être vivant qui est toujours à la quête du bien-être physique, moral, psychologique... Dès l'enfance, la maladie pénètre le corps, elle vit parmi les personnes. Lorsqu'on est jeune, on peut lui résister, mais une fois vieux, elle prend le dessus. Ce qui conduit l'homme soit vers les tradithérapeutes (praticiens de la médecine traditionnelle) ou soit vers les médecins. Or en partant de l'idée selon laquelle la maladie est une menace contre l'équilibre familial et celui social, Lévi-Strauss (1958) met l'accent sur l'aspect mobilisateur et intégrateur des procédures thérapeutiques traditionnelles.

La médecine, une science, est l'art de diagnostiquer, de soigner, de prévenir les maladies, de promouvoir et de conserver la santé. En tant qu'ensembles de connaissances concernant les maladies, les traumatismes, les infirmités et les moyens de les guérir, elle se réfère au concept de « maladie » dont l'anthropologie permet de discerner les interprétations que les sociétés donnent des phénomènes biologiques et des réactions sociales que celles-ci provoquent.

La médecine constitue, comme l'affirme Freidson(1970), un cas privilégié permettant d'étudier le rôle du savoir dans les sociétés. De ce fait, lorsqu'elle est considérée comme endogène, elle est qualifiée de Médecine Traditionnelle. Cette médecine, est selon la définition officielle de l'OMS (2002), la combinaison des connaissances et pratiques explicables ou non, utilisées pour le diagnostic, la prévention ou l'élimination des maladies physiques, mentales ou sociales. Elle est aussi la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent, rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en

santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques et mentales. Dans certains pays, les appellations médecine parallèle/alternative/douce sont synonymes de médecine traditionnelle. C'est une science qui s'appuie exclusivement sur l'expérience et l'observation passées transmises de génération en génération, verbalement ou rarement par écrit, mais surtout par les traditions orales. Elle prend en compte les points de vue et logiques d'action des malades (Baszanger, 1975). Complémentaire ou parallèle, elle est cette forme de médecine à laquelle les couches défavorisées ont assez vite recours dans les pays en développement pour satisfaire leurs besoins en santé. La maladie est quelque part accusée et soupçonnée de vouloir bouleverser l'ordre naturel et sacré. De là, elle cesse d'être une simple agression physique pour devenir une sorte de message divin et un événement chargé de sens (Abdmouleh, 1990). Elle constitue pour le croyant une épreuve divine et une occasion de faire pénitence de ses péchés et pour pouvoir se racheter, d'où le concept de Maladie-Salut.

Aussi, les personnes, voulant se guérir des pathologies considérées comme non identifiables par la médecine moderne, y font recours avec une certaine confiance pour se soigner ou préserver leur système social en évitant sa désagrégation. Néanmoins, cette forme de recours ne manque point de conséquences et inconvénients qui rejaillissent sur les patients. Cette science a sa méthode de suivi propre à elle et dépend de chaque contexte. Cette méthode selon la présente recherche est la '*Tradition Médicale*', l'une des constituants de la '*mémoire vivante*', le socle de l'administrateur des soins. C'est un ensemble de processus dynamiques utilisant un certain nombre d'informations médicales à transmettre ou à sauvegarder. Car certains biens culturels et naturels présentent un intérêt exceptionnel à l'humanité tout entière. Cela forme un Tout contenant des pratiques, des représentations, des expressions, des connaissances et des savoirs- faire ainsi que les instruments, les objets et les espaces culturelles. Mais cela est recréé en permanence par les groupes en fonction de leur

milieu et de leur interaction avec la nature et leur procure un sentiment d'identité contribuant à promouvoir le respect de la diversité culturelle et la créativité humaine.

Le terme de médecine exogène peut être attribué à la Médecine moderne, médecine coloniale ou médecine contemporaine. C'est une science appliquée par laquelle l'on agit, directement ou indirectement, sur les processus qui se déroulent dans le corps humain. Introduit dans les pays africains par la colonisation, elle est cette médecine qui utilise la recherche et les technologies biomédicales pour diagnostiquer et traiter les blessures et les maladies. Elle se sert habituellement de la prescription de médicaments, la chirurgie ou d'autres formes de thérapies. C'est une science qui, pour Herzlich(1991), s'intéresse aux pratiques médicales des médecins. Une fois le malade admis à l'hôpital fournit un certain nombre d'informations. L'ensemble de ces informations est appelé le **dossier médical**. Ce dernier permet l'identification du patient, son observation médicale en tenant compte de l'histoire de la maladie et la conduite à tenir face au patient. C'est l'ensemble des informations médicales réunies sur un patient. Ces documents retracent l'histoire de la maladie ou de l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé de cette personne. Ces documents (lettre, compte rendu, résultat de laboratoire, film radiographique,...) sont regroupés dans une chemise, un classeur ou une enveloppe détenu par le médecin, le service hospitalier ou la clinique.

Il faut souligner que la médecine moderne n'est pas seulement incapable de réaliser une santé parfaite, mais elle est aussi créatrice de nuisances et de maladies. Les effets secondaires de certains traitements, les dégâts provoqués par la négligence, l'abus ou l'incompétence du corps médical en sont les preuves. La médecine moderne prend l'allure ici d'une « *médecine créatrice de maladies et source supplémentaire de nuisance* » et d'inquiétude. Mais de nos jours, la médecine moderne montre de plus en plus des limites par rapport à plusieurs affections émergentes, qui ne manquent pour autant pas de solution chez

son homologue qu'est la Médecine traditionnelle. Si la médecine est critiquée, c'est à cause de la « défaillance » de son orientation politique et sociale.

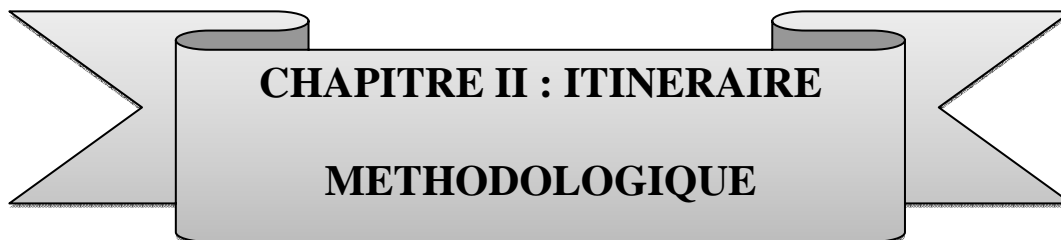
En effet, se limiter aux aspects purement curatifs et réparateurs face à une société, et négliger la dimension préventive, est perçu comme un signe de désengagement voire de complicité avec les milieux industriels et politiques responsables de l'émergence de cette société malade. L'orientation libérale de la médecine est accusée également d'être une des causes de ses limites. Comme le souligne Chauvenet (1978), la médecine devient dans ce contexte synonyme d'une instance partisane au service de l'élite. Cette orientation a sérieusement affecté son image auprès du public. L'image de la médecine humaniste, dévouée à la cause publique, (véhiculée durant les années soixante et quatre vingt), a cédé la place à une médecine partisane dont le seul objectif est la recherche du profit. C'est cette opposition entre l'image idéale de la médecine et ses pratiques réelles qui expliquent les critiques dont elle fait souvent l'objet. Par contre la médecine traditionnelle a sa manière de sauvegarder ses informations sanitaires mais souvent l'oralité domine à cause de la "sacralité" des informations.

Il urge alors d'entreprendre une collaboration efficace entre ces deux formes de suivi médical pour assurer un meilleur état de santé à la population étant donné que l'une a besoin de l'autre pour fournir des informations précises afin de parvenir chacun à fournir un système de soins adéquat. Cette dernière favorisera la création de la Mémoire Vivante, qui est un concept de mondialisation médicale. Parlant de suivi, chaque acteur a sa manière de l'appréhender. L'acteur se rapporte à tout individu qui agit selon ses propres desseins, suivant ses propres motivations. Il est l'individu qui prend une part active, joue un rôle important, remplit des fonctions, selon des motivations pour des fins qui lui sont, en tout ou partie, personnelles. Il est, comme le souligne Kpatchavi (2005), « *celui qui joue un rôle incontournable dans l'arène sociale, celui qui se trouve au centre des enjeux de par sa*

position et sa fonction sociale ». Ainsi, les institutions qui, coordonnent les comportements de leurs membres dans les actions communes et assurent une continuité à leurs initiatives, constituent des acteurs. Or, dans tous lieux où se situent des acteurs naissent des rapports sociaux. De ce fait, il y a lieu de rechercher en particuliers les types d'interactions suscitées (Parsons, 1952) et les rapports qu'entretiennent les acteurs au sein des organisations (Crozier, 1965).

Selon Alpe et al (2005), **l'interaction** est un processus, l'influence réciproque que les acteurs exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique, immédiate les uns des autres. Dans le cadre de ce travail, la réalisation concrète d'une relation sociale qui pousse personnel soignant moderne et tradithérapeute à obtenir une information. Mais, les actions posées dans toute organisation ne sont pas toujours correspondante et concordante vis-à-vis des autres. De ce fait, les réactions et désaccord conduisent, bien de fois, au conflit.

En effet, vu par Durkheim(1978) comme l'expression d'un défaut d'intégration, le **conflit** est d'après Weber(1922) une relation sociale pour autant que l'activité soit orientée d'après l'intention de faire triompher sa propre volonté contre la résistance des partenaires. Inhérent à toute société, toute organisation, toute arène, il intervient, selon Touraine(1973), dans les rapports sociaux car il suppose l'existence d'un code d'action commun. De ce fait, les conflits participent à la cohésion sociale, mais dans le cadre de cette recherche, ils contribuent à la détermination de l'identité et des limites de la relation entre les agents de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle. Ainsi, ces conflits influencent ces diverses formes de relations entre les acteurs.



CHAPITRE II : ITINERAIRE METHODOLOGIQUE

La recherche sur le suivi du patient requiert d'une importance capitale au sein des thérapeutes. Pour cela, il urge de suivre un itinéraire méthodologique afin de mieux cerner et d'obtenir des données fiables sur le chevauchement du patient entre les deux formes de médecines et des itinéraires thérapeutiques utilisés.

1- Délimitation du champ d'investigation

S'interroger sur le sens du fait social, la recherche actuelle a permis de réfléchir sur le problème de "suivi du patient" tout en cherchant la place qu'occupe le dossier médical dans la vie d'un patient. Cherchant le "pourquoi et le "comment" du problème, cette recherche a été effectuée dans un cadre social bien déterminé.

1-1- Monographie du cadre de la recherche

La recherche sur le suivi médical du patient renvoie à l'étude d'un groupement social localisé dans la ville de Cotonou. Ce groupement sera étudié dans son histoire, son existence et est replacé dans son environnement socio-géographique.

1-1-1- Situation socio-démographique

La commune de Cotonou est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'Océan Atlantique, constitué de sables alluviaux d'environ cinq mètres de hauteur maximale. Seule commune du département du Littoral, elle est limitée au nord par la commune de "Sô-Ava" et le "lac Nokoué", au sud par l'océan atlantique, à l'est par la commune de "Sèmè-Kpodji", à l'ouest par celle d'Abomey-Calavi et couvre une superficie de 79 km². A partir du noyau originel des "Toffins", la ville de Cotonou s'est progressivement enrichie de toutes les ethnies du Bénin. Ainsi, les principaux groupes

socioculturels rencontrés à Cotonou sont : l'aire culturelle "Fon" et apparentés (Ce sont les Fon, les Goun, les Mahi), l'aire culturelle "Adja" et apparentés (Ce sont les Mina, Adja, Xwla), l'aire culturelle "Yoruba"(ceux sont des Yoruba, des Nagot, des Idaasha) et les "Bariba", les "Dendi", les "Otamari", les "peulh",...(voir la carte de Cotonou montrant les arrondissements et celle du Bénin en annexes)

Selon les dernières données de la Direction des Services Techniques (DST) de Cotonou, la population de Cotonou est estimée à 868.989 habitants (estimation de 2012) et sera de 950.371 (par INSAE en 2013). Les religions rencontrées sont le Christianisme, l'Islam, et les religions endogènes.

1-1-2- Situation sanitaire

La commune de Cotonou dispose de treize arrondissements. Ces derniers bénéficient d'au moins une infrastructure publique, soit 92% avec 59 176 habitants par infrastructure en 2004 (Mairie Cotonou, 2004). En plus de ces centres de santé, la commune de Cotonou dispose de quatre (04) zones sanitaires telles que Suru-Léré, Saint Luc, Mènonin...Par ailleurs, Cotonou, de par son statut particulier, abrite les principales infrastructures sanitaires à caractère national. Il s'agit du :

- Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA ;
- Centre National Neuro-Psychiatrique de JACQUOT ;
- Centre National Hospitalier de Pneumo-Physiologie (CNHPP);
- Hôpital de la Mère et de l'Enfant de la Lagune (HOMEL)...

Il y existe aussi, d'autres infrastructures sanitaires construites par le secteur privé. Il s'agit de :

- centres de santé confessionnels : St Luc, inter confessionnel BETHESDA, St Jean de Mènonin, St Jean de Gbégamey, PADRE PIO de Akpakpa.

- centres de santé non confessionnels : Clinique BONI d'Akpakpa, Clinique les GRACES, Clinique Coopératives (trois), Clinique Ste Famille, Clinique Atinkanmè, Clinique les Cocotiers...
- et une multitude de cabinets médicaux privés œuvrant pour le traditionnel comme le Centre Sêyon, la Négro Clinique Pharmacie(NCP), l'ONG IRENA (Institut de Recherche en Naturo Thérapie), les centres de guérison par les plantes et l'art divinatoire ...qui drainent aujourd'hui la majorité de la population.

1-2- Justification du choix du cadre de la recherche

La présente recherche se donne pour cadre géographique, la municipalité de Cotonou, une ville du Bénin (voir la carte du Bénin et celle de Cotonou avec les arrondissements). En tant qu'unique commune du département de Littoral, elle représente un véritable centre de convergence de par son statut de capitale économique, de l'importance de sa population avec une variété de groupes ethniques, de religions et une dynamique socioculturelle. Les importances accordées à l'utilisation de la pharmacopée traditionnelle et aux produits des tradithérapeutes dans cette commune en matière de protection personnelle et de guérison spirituelle ou de maladie et aussi la manière de suivi des patients et à la concentration des centres de santé sont considérable.

L'existence des centres de santé dans presque tous les arrondissements, montre l'évolution du système sanitaire béninois. Car toute forme d'organisation a des objectifs propres, bien structurée est influencée par l'environnement. Ce qui amène à se poser des questions sur la qualité des soins administrés, d'où des questionnements sur l'utilisation du dossier médical qui est le socle sur lequel se repose la prise en charge d'un patient. Dans la relation soignants/soignés, il faut s'intéresser à la manière dont se déroule le soin, le cadre physique, le personnel, la manière d'aborder la maladie et de proposer un traitement : une maladie chronique mal expliquée par faute de temps éloigne le patient vers d'autres modes de

thérapies, perçues plus efficaces car promettant la guérison. Parlant de suivi du patient, il faut noter un certain nombre de chose comme la consultation, l'hospitalisation, la radiographie... Mais pourtant, les populations vont vers la pharmacopée lorsqu'elles ressentent un dysfonctionnement dans leur organisme, avant de se rendre à l'hôpital ou faire recours à un thérapeute.

De plus, même si elles sont allées dans les hôpitaux et qu'elles ont les moyens de subvenir aux frais de soins, la perception des complications fait que le recours au praticien de la médecine traditionnelle est pour la plupart du temps sans équivoque dans ces genres de circonstance. L'utilisation des deux médecines est alors un fait courant dans cette commune.



Carte : carte du Bénin montrant le département du Littoral

Source : DST/Mairie Cotonou, 2013

1-2-1- Délimitation thématique

La question sur l'importance de l'utilisation des dossiers sanitaires fait l'objet de plusieurs investigations en médecine, sociologie, anthropologie, développement, prospective...etc. Cette recherche l'aborde sous l'angle de la sociologie des organisations, de la socio-anthropologie de la santé et de la maladie et celle de l'anthropologie médicale.

La première discipline peut se définir comme une science sociale qui étudie des entités particulières nommées organisations, ainsi que leurs modes de gouvernance et interactions avec leur environnement, et qui applique les méthodes sociologiques à l'étude de ces entités. Dans le cadre de ce travail, elle renvoie à l'exercice de la fonction de médecin ou du tradithérapeute. Elle fait apparaître les acteurs de ces deux systèmes en plaçant le lieu de cohabitation des deux formes de médecine comme système induisant des relations et interactions entre les thérapeutes, agents de la médecine moderne et population.

La socio-anthropologie de la santé et de la maladie en relation avec le développement se rapporte ici aux usages sociaux de la santé et de la maladie, mais aussi aux savoirs et pouvoir autour de la maladie. Elle fait référence aux perceptions faites par la population de Cotonou de la santé et de la maladie. Elle est utilisée pour déceler les constructions sociales. Quant à l'anthropologie médicale, elle permet de mieux situer le processus de suivi, la prise en charge des patients tant sur le plan social que culturel.

1-3- NATURE DE LA RECHERCHE

Face aux problèmes soulevés, la présente recherche est de nature qualitative avec un soubassement quantitatif, car la présente recherche fait place à un état de lieu sur le problème. Elle a permis, grâce aux informations obtenues des groupes cibles, de comprendre les problèmes liés à l'utilisation des dossiers sanitaires. Il a fallu ainsi, interroger dans ce milieu, les opinions, les perceptions, les convictions, les croyances, les désirs... des acteurs de la

médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne, des autorités et de la population afin de comprendre la perception de chaque acteur et de cerner les difficultés afférentes liées à l'incidence de l'utilisation du dossier sanitaire sur la prise en charge du patient. Cette recherche a permis de faire une analyse rétrospective des conditions de mise en œuvre des pratiques modernes et traditionnelles afin de voir les phénomènes sociaux qui ne sont pas immédiatement apparents.

1-4- TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

La présente recherche a eu une dimension fortement qualitative, faible sur le plan quantitatif et renvoie à l'usage de divers techniques et outils appropriés. Face à la problématique posée par la présente recherche, on comprend qu'une seule technique ou qu'un seul instrument ne peut permettre de collecter les informations nécessaires et suffisantes, de cerner l'ampleur de la question. C'est pourquoi la triangulation à travers plusieurs techniques et méthodes a permis de circonscrire les aspects possibles de la problématique. Au nombre de ceux-ci il peut être cité :

1-4-1- Exploration

L'enquête exploratoire est indispensable pour la recherche en sciences sociales. Elle consiste en des lectures et des entretiens exploratoires avec des personnes ressources dans le but de la construction de la problématique de recherche. De ce fait, les lectures ont permis de faire le point sur l'exploitation des informations médicales pour la prise en charge du patient afin de mieux cerner les contours du sujet de recherche. Aussi, ces entretiens exploratoires ont servi à trouver des pistes de réflexion, des idées, des hypothèses et des objectifs de travail, mieux à découvrir les dimensions et les aspects à prendre en considération pour cette recherche. L'outil utilisé au de cette exploration est la grille et la fiche de lecture.

1-4-2- Recherche documentaire

Les données documentaires constituent le point de départ le plus sûr et le plus commode de toute enquête en particulier celle sociologique. Pour Combessie (1999), « la collecte d'archives documentaires peut être tenue pour un point essentiel de beaucoup de recherches sociologiques et une méthode à mettre en œuvre dès le début avant même le séjour sur le terrain ». A cet effet, la collecte d'informations est faite à l'aide **de fiche de lecture** dans un certain nombre de bibliothèque et centre de documentation dont l'essentiel est résumé dans le tableau I:

Tableau I: Bibliothèques et Centres de documentation parcourus

Bibliothèques, Centre de documentation et fonds documentaires	Types d'ouvrages	Données recueillies
MS	<ul style="list-style-type: none">• Rapport d'activités• Mémoires• Actes de colloque	<ul style="list-style-type: none">• Essai et données sur la médecine traditionnelle• Importance de la médecine traditionnelle dans l'application des SSP
Institut Français	<ul style="list-style-type: none">• Ouvrages généraux• Rapport d'activités• Articles et Revues	<ul style="list-style-type: none">• Les actions faites par les organisations internationales dans l'utilisation des DM en Afrique
INFOSEC	Ouvrages généraux	Données démographiques
FLASH/UAC	<ul style="list-style-type: none">• Mémoires soutenues de DEA• Mémoires soutenues de maîtrise	<ul style="list-style-type: none">• Méthodologie et techniques de recherche, conceptuelles
INSAE	Documents démographiques	<ul style="list-style-type: none">• Données statistiques
Mairie Cotonou (DST)	Documents démographiques	<ul style="list-style-type: none">• Données statistiques

Source : *Enquête exploratoire 2013*

Cet exercice permet de maîtriser les contours du sujet et de connaître les évolutions dans le temps. Toutefois une exploration sur l'internet n'a pas été négligée.

1-4-3- L'observation directe

L'observation est une démarche d'élaboration d'un savoir au service de finalités multiples, qui s'insèrent dans un projet global de l'homme pour décrire, comprendre son environnement et les événements qui s'y déroulent. Dans le cadre de cette recherche, elle permet d'étudier les comportements des personnes chargées du suivi des patients au moment où il se produit. Elle aide à mesurer la discordance entre les comportements des agents de la médecine moderne et les praticiens de la médecine traditionnelle sur le terrain et le discours tenu au cours d'un entretien, ou un questionnaire.

Elle a permis de découvrir l'organisation spatiale des acteurs ainsi que les interactions permanentes entre eux dans le cadre de l'utilisation des informations médicales. Aussi, servira-t-elle de socle à la compréhension de l'intérieur, le point de vue des acteurs, les relations et rapports sus-générés par la cohabitation ou non. Dans l'observation, l'important n'est pas seulement de recueillir des informations qui rendent compte du concept, mais aussi d'obtenir ces informations sous une forme qui permet de leur appliquer ultérieurement le traitement nécessaire à la vérification des hypothèses. Il est donc primordial d'anticiper, c'est-à-dire de s'inquiéter, dès la conception de l'instrument d'observation, du type d'information qu'il a fourni et du type de traitement (codage éventuel), et d'analyse envisagés. Elle a été directe sur la base **d'une grille d'observation élaborée**. Cette grille se constitue par catégories et est un aide-mémoire et permet un recueil d'informations. Pour cela, il faut :

- a) Définir la situation de suivi des patients tant chez les médecins et les tradithérapeutes,
- b) Faire l'inventaire des objets de suivi des patients,
- c) Voir les Règles formelles sur lesquelles est régi le suivi des patients,

- d) Observer les acteurs dans leur système de gestion.

1-4-4- L'entretien

L'entretien de recherche est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (Informations, ressentis, récits, témoignages...) appelés matériaux, dans le but de les analyser. Il s'inscrit dans un projet de recherche, obéit à des règles strictes. L'outil de collecte est le **guide d'entretien**. Dans le cadre de ce travail, l'entretien libre est utilisé pour les patients et leurs accompagnateurs à travers un Focus Group Discussion, qui est une technique de recherche d'information consistant à regrouper un nombre de personnes (6 à 7 personnes) dans le but de susciter une discussion ouverte à partir d'une grille d'entrevue de groupe préalablement élaborée, tandis que l'entretien semi directif, pour les thérapeutes, les médecins, les administratifs des services et programmes du MS ayant des obligations vis-à-vis de la protection de la santé publique.

Adressé aux praticiens de la médecine traditionnelle et aux prestataires de la médecine moderne l'entretien semi directif a servi de sous basement dans la compréhension des perceptions de chacun sur le système de santé. Aussi, en raison des objectifs de la recherche, l'entretien avec les patients et accompagnateurs a permis de faire un sondage d'opinions afin de mieux cerner les convictions, recours thérapeutiques. En étant aussi le moteur, il a servi à déceler les acteurs impliqués dans l'utilisation des dossiers sanitaires, leurs rôles et interactions entre eux.

1-5- GROUPES CIBLES ET ECHANTILLONNAGE

1-5-1- Groupes cibles

La municipalité de Cotonou dispose d'une population assez diversifiée. Pour cette recherche, la représentativité de cette population est importante d'où l'échantillon choisi. Elle est composée d'acteurs impliqués à divers niveaux. Ainsi, les groupes cibles sont constitués de tradithérapeutes, médecins et autres agents de santé. Ces acteurs ont été choisis du fait

qu'ils sont les principales personnes œuvrant dans le cadre de la prise en charge et du suivi du patient. Ils sont dans une certaine mesure les acteurs auxquels les populations ont recours lorsqu'ils sentent un déséquilibre en relation avec la maladie. Aussi, les patients et accompagnateurs, les membres du personnel administratif des centres de santé les responsables des services et programmes du Ministère de la Santé sont-ils indispensables à cette recherche. Ils constituent des personnes qui ont eu la chance de toucher ou de voir ou de poser des questions sur la prise en charge d'un patient et dans une certaine mesure oriente les patients dans leurs cheminements thérapeutiques. Toutefois, les responsables des structures du ministère en charge de la santé sont choisis parce qu'ils conçoivent les politiques et conditionnent leurs mises en application. Le choix de tous ces acteurs s'explique par le fait qu'ils sont aussi les principaux individus, qui sont impliqués dans l'exploitation des informations médicales du patient. Ils l'organisent, la subissent et gèrent les conséquences qu'engendrent l'utilisation ou non du dossier sanitaire sur la santé. Ainsi, il est nécessaire de recueillir leurs aspirations et leurs perceptions afin de mettre en exergue les difficultés et les interactions engendrées par la situation de cohabitation et de collaboration.

1-5-2- Echantillonnage

Le sujet faisant objet de cette recherche porte sur un cadre restreint et des acteurs spécifiques impliqués à divers niveaux, directement ou non. La collecte des données empiriques à l'aide d'un guide d'entretien ne pouvant atteindre toute la population, il a été nécessaire de faire recours aux techniques d'échantillonnage admis dans les recherches en sciences sociales. La technique d'échantillonnage est l'ensemble des opérations permettant de sélectionner un sous ensemble d'une population (Angers, 1992). Cet ensemble doit alors être représentatif de la population choisie. A cet effet, cette recherche ayant une dimension fortement qualitative, les techniques non probabilistes **de choix raisonné** et de **quota simple** sont celles utilisées. La taille de l'échantillon est définie en fonction des méthodes statistiques.

Pour ce faire, afin d'avoir une taille viable pouvant permettre une meilleure analyse, la marge d'erreur choisie pour cette recherche est de 5% ($E= 5\%$ soit $0,05$) suivant les règles statistiques de Schwartz. Avec cette marge, la chance d'obtenir une taille représentative est de 95% avec Z , le coefficient de multiplication ($Z= 1,96$ soit $Z= 2$), n'' est égal à 385 et P est le pourcentage de la population présentant les mêmes caractéristiques. Puisque nous n'avons aucune statistique pouvant présenter le nombre de patients qui fait le suivi conjoint, considéré comme sujet tabou et de peur de se faire doigter, le pourcentage de la population choisie est de 50%. Tout cela est appliqué en considérant l'aspect "état des lieux" se trouvant dans le sujet.

P étant la probabilité contraire de P , la formule qui s'en suit est : ($i = E$)

$$\text{✚ } N = (Z)^2 Pq : i^2$$

$$\text{✚ } N = (Z)^2 P(1-P) : E^2 \text{ ou } n' = n'' : 1 + (n'' : n)$$

$$\text{✚ } N : \text{taille de l'échantillon}$$

$$\text{✚ } Z = 1,96 \text{ soit } Z = 2$$

$$\text{✚ } P : \text{pourcentage des populations présentant le caractère observé}$$

$$\text{✚ } n : \text{population totale}$$

$$\text{✚ } n'' = 385$$

$$\text{✚ } n = 868\,989 \text{ (population de Cotonou: source DST/Mairie Cotonou)}$$

On a :

$$\text{✚ } N = (2)^2 \times 0,5(1-0,5) : (0,05)^2$$

$$\text{✚ } N = 4 \times (0,25) : 0,0025$$

$$\text{✚ } N = 400 \text{ personnes}$$

La taille corrigée de l'échantillon :

D'après l'hypothèse, l'on a :

$$\text{✚ } N' = (N * n) : (N + n)$$

✚ $N' = (400 \cdot 385) : (400 + 385)$

✚ $N' = 196,17$ soit $N' = 196$ personnes

✚ N est la taille de l'échantillon

✚ N' est la taille corrigée de l'échantillon

La taille de l'échantillon est de 196 personnes. Eu égard à la taille selon les règles statistiques, sa réalisation va connaître des difficultés à cause du coût et de l'importance de l'outil utilisé qui est le guide d'entretien avec un entretien libre. Le risque de faire une navigation à vue est d'envergure. Pour ce faire le pourcentage qui a été retenu après le seuil de saturation est de 32% soit 63 personnes sur la population de 196 personnes. Cette taille est de soixante trois (63) personnes et elle a été confirmée avec celles des groupes cibles qu'après l'obtention du seuil de saturation. La répartition se présente suivant le tableau II suivant :

Tableau II : Répartition de la population à enquêter par groupes cibles

Groupes cibles	Nombre d'enquêtés	Pourcentages
Thérapeutes	15	24% (N°2 en rouge)
Médecins et personnels soignants des centres de santé moderne	20	32% (N°1 en bleu)
administratifs de programme et services du MS	05	8% (N°4 en violet)
Patients et accompagnateurs	23	37% (N°3 en vert)
Total	63	100%

Source : Enquête du terrain, décembre 2013

1-5-3- Théories d'analyse

Compte tenu de la large dimension de notre recherche (sujet au cœur de plusieurs sciences et domaines de compétence), nous avons retenu utiliser un modèle global combiné composé de deux modèles d'analyse. Le modèle d'analyse est une démarche d'interprétation, d'explication du phénomène social à travers l'utilisation des paradigmes explicatifs de la réalité sociale. La présente recherche s'inscrit dans les théories de la représentation sociale et

de l'individualisme méthodologique. Le concept de représentation a été utilisé pour la première fois par Durkheim (1898) dans son article de la Revue de métaphysique et de morale qui met l'accent sur les représentations individuelle et collective et définit ces dernières comme des croyances et des valeurs communes à tous les membres d'une société, intrinsèquement distinctes de l'addition des représentations de ces individus. Il permet de penser les représentations en tant que réalité sociale, pouvant permettre d'expliquer les faits sociaux. Dans ce sens, Moscovici(1961), a enrichi et délimité la notion de représentation sociale: à la fois mentale et sociale. Pour lui, la représentation sociale « *est construite pour et par la pratique* ». Autrement dit, cette notion désigne les éléments mentaux qui se forment par nos actions et qui informent des actes, le sens commun. Elle se caractérise par le processus de construction et de fonctionnement distinct d'autres manières de penser et d'interpréter la réalité quotidienne. Parlant du concept de représentation, on peut citer des recherches comme celles de Herzlich (1969) sur les représentations de la santé et de la maladie. Mais à côté de ces travaux, la recherche sociologique mobilise la notion de représentation comme objet d'étude, comme dimension du phénomène étudié et/ou comme élément d'analyse, dans la signification des façons de penser sociales, dans un sens plus général. Pour cela, il faut partir des représentations des acteurs sociaux pour comprendre un phénomène social.

Le phénomène de la santé, plus précisément celui de la qualité du soin touche tous les domaines de la vie des patients (social, économique, culturel, ...) du fait que la santé est l'aptitude au fonctionnement harmonieux et à la croissance continue durant la vie. Elle est l'ensemble des éléments tels que : l'adaptation, l'équilibre et la croissance. Ces éléments voient leur évolution dans les institutions qui, tout en assurant la survie de la collectivité, sont en mesure de satisfaire des besoins de santé de l'individu. En ce sens tout système médical est le résultat d'une stratégie socio-culturelle d'adaptation (Foster et Anderson, 1978). Cependant,

la notion de maladie ne reflète pas une image inversée de la santé. Les concepts conventionnellement utilisés pour la caractériser dans l'un ou l'autre de ses aspects renvoient à des notions comme celles de déséquilibre, de ‘‘mésadaptation’’ (un déséquilibre de la relation entre sa personnalité et son environnement social), de dérangement, d'instabilité, de régression... Or, la définition de l'OMS(1978) propose que : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Pour cela, elle ne saurait se limiter aux soins. Cette approche globale de la santé est au cœur de la distinction au niveau de l'administration des soins entre praticiens traditionnels et ceux modernes. Ce qui permet de converger différentes approches et représentations professionnelles (hôpital, médecins, infirmières, travailleurs sociaux, soins, dossier sanitaire...) pour construire de nouvelles pratiques impliquant un patient devenu acteur de sa santé. Alors la sphère de la santé dépend aussi de l'ensemble des pratiques, des comportements... qui se rapportent aux différents états du corps et de l'esprit, entre le bien-être et la pleine jouissance de ses capacités physiques, sensorielles et cognitives d'un côté ; la douleur, l'usure, la maladie et la souffrance de l'autre, mais qui s'inspire des perceptions et représentations qu'on y accorde. L'analyse concerne alors la façon dont les acteurs identifient, interprètent et font face aux « *événements corporels* » (Dodier, 1986). Cela se voit aussi à travers la mise en œuvre de définitions profanes de la maladie et de la santé, de pratiques de prévention ou de soins, et d'interactions avec différentes catégories de thérapeutes et de « *produits* » (Young, 1982 ;Augé et Herzlich, 1984). Tout cela amène à s'intéresser aux représentations comme interactions entre individus et/ou groupes. Sa prise en compte permet de comprendre les individus et les groupes en analysant la façon dont ils se représentent eux-mêmes, les autres et le monde.

Pour Denis(1999) «*les représentations n'existent pas en dehors des systèmes cognitifs qui les portent* ». Clenet (1998) ajoute que «*connaître les représentations c'est comprendre*

les acteurs se représentant ». Elles jouent un rôle essentiel pour l'étude du sens commun, mais aussi celle des relations sociales au sens large. De ce fait, les représentations sociales sont des idées, des images, des opinions, des attitudes, des valeurs. Elles ont des fonctions telles que :

- fonction de savoir : elles servent à expliquer et comprendre le monde réel,
- fonction d'orientation : elles prescrivent des pratiques et des conduites,
- fonction identitaire : elles permettent de définir et de distinguer le groupe qui

les produit des autres groupes. Elles contribuent à l'insertion des individus dans un groupe.

Cette théorie rend possible l'étude sur les diverses administrations de soins et de la pratique médicale dans le contexte de la société globale. Les axes de développement amènent à faire l'étude des professions médicales et de la pratique médicale dans le cadre global des institutions et organisations. Or les traditions médicales et celles de l'intervention sanitaire permettent de mieux apprécier le sens et le traitement des maladies ainsi que l'organisation des pratiques sanitaires. Mais, pour mieux appréhender les systèmes interactifs sur lesquels fonctionnent certains individus, il est important de faire intervenir une seconde théorie qui est l'individualisme méthodologique.

Le social et d'une manière générale les phénomènes sociaux se doivent d'être décrits ou interprétés en termes de comportements individuels et des relations interindividuelles qui constitueraient la réalité humaine (Hayek, 1940). Pour rendre compte des phénomènes sociaux, il faut analyser à partir de processus micro sociologiques de composition d'interactions individuelles relevant du paradigme de *l'individualisme méthodologique*. Cette dénomination est pour la première fois utilisée par Hayek (1940) puis par Popper (1983) dans des articles *d'Economica*. D'après ce dernier, « *l'individualisme méthodologique est la doctrine tout à fait inattaquable selon laquelle on doit réduire tous les phénomènes collectifs*

aux actions, interactions, buts, espoirs et pensées des individus et aux traditions créées et préservées par les individus » (Popper, 1983).

Dans le même sens, Orfèvre et Boudon(1985) exposent que *« le principe de l'individualisme méthodologique énonce que pour expliquer un phénomène social quelconque (...), il est indispensable de reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène en question et de l'appréhender comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations »* et qu'il s'agit de *« considérer tout phénomène collectif comme le produit d'actions individuelles; des efforcer d'interpréter l'action individuelle comme rationnelle, quitte à admettre l'existence d'un résidu irrationnel»* (Popper, 1983). Pour cela, la conception des types de relations entre le soignant et le soigné concilie les exigences de l'efficacité technique et celles de la relation personnelle intime avec chaque patient. Elle renvoie parfois aux oppositions entre aspects instrumentaux et aspects qualitatifs dans la distribution des soins. L'intervention des relations thérapeutiques est alors nécessaire pour mieux comprendre les contours sanitaires sur le culturel. Cette convergence amène à une cohabitation des deux praticiens afin d'aboutir à une qualification adéquate du système sanitaire béninois. L'individualisme méthodologique permet aussi de comprendre un phénomène social, tout en construisant une représentation simplifiée et abstraite. Car, il n'est pas possible de prendre en compte toutes les actions et toutes les motivations qui contribuent à l'émergence d'un phénomène social. Cette théorie d'analyse postule que les actions individuelles obéissent au principe de rationalité.

Mais nous avons utilisé aussi pour l'analyse des données le modèle SWOT (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces) afin de dégager les opportunités qu'offrent les deux médecines à leur interne vis-à-vis du suivi du patient, les menaces que cela présentent sur la société, les forces et les faiblesses. Car ces informations sanitaires visent plusieurs domaines comme le culturel, le politique, l'économique, l'environnemental

1-6- ORGANISATION DE L'ENQUÊTE

Dans le souci d'obtenir les résultats pouvant servir à une analyse qualitative avec un soubassement quantitatif, cette recherche passe la collecte et le dépouillement des informations tout en visant la validation des hypothèses et aussi met l'accent sur les informations recueillies auprès des acteurs à l'aide d'un cadre bien cohérent.

1-6-1- Dépouillement et traitement des données

Les entretus ont été transcrites. Pour ce faire, le dépouillement des données a utilisé les logiciels Excel, Epi data, SPSS. Le report des données a été traité au fur et à mesure de la collecte des données. Les informations sont mises en relation avec les thèmes questions. Le traitement des données est dépendant de l'analyse du contenu en mettant un accent particulier sur les propos des acteurs tels que recueillis lors de l'enquête. C'est une technique de traitement de données préexistantes par le recensement, la classification et la quantification des traits d'un corpus. En vue d'approfondir les résultats et de les confirmer par comparaison, un regroupement de données est envisagé. Il est question de croiser les informateurs afin de ne pas être prisonnier d'une seule source. Il faut rechercher les discours contrastés, de faire l'hétérogénéité des propos d'un objet de recherche, de s'appuyer sur les variations en vue de bâtir une stratégie de recherche sur la quête des différences significatives. Pour ce faire, la triangulation des données sert de procédée de validation. Ainsi, les données dépouillées et analysées du terrain sont constamment confrontées avec des données documentaires préalablement obtenues lors de la phase de la revue documentaire ainsi qu'à des théories sociologiques. Ces informations recueillies ont été analysé suivant le modèle SWOT.

1-6-2- CHRONOGRAMME DE LA RECHERCHE

Le travail de recherche a commencé depuis décembre 2012 à octobre 2013 où la documentation et la pré-enquête ont été faites. L'enquête s'est déroulée d'octobre 2013 à

décembre 2013 à Cotonou. Le document final est rédigé. Le tableau III présente les différentes activités de cette recherche :

Tableau III : Chronogramme des différentes activités de la recherche

Périodes	Phases	Activités
Décembre 2012 – Octobre 2013	Recherche documentaire	Elaboration des fiches de lecture
Septembre - Octobre 2013	Pré-enquête	- Entretiens avec les personnes ressources et quelques informateurs clés - Test des outils de collecte des données - Observations (recueil de certaines données préliminaires)
Octobre 2013 à Décembre 2013	Enquête proprement dite	Collecte des données : observations, entretiens
Octobre 2013 à janvier 2014	Traitement des données et finalisation du document en plus de la soutenance	- Elaboration de la fiche de dépouillement - Dépouillement des données - Analyse des données et saisie

Source : Enquête du terrain, décembre 2013

1-6-3- Enquête

L'enquête s'est déroulée en deux phases :

La pré-enquête s'est déroulée de Septembre à Octobre 2013. Elle a permis de tester les outils de collecte de données, de les affiner et d'ajuster aussi la problématique.

L'enquête proprement dite a couvert la période d'Octobre 2013 à Décembre 2013 de façon discontinue. Cette enquête a permis de collecter des informations qui ont servi de base aux analyses. Le terrain a été refait à chaque fois où le besoin s'est fait sentir, soit pour compléter les informations ou soit pour vérifier certaines données.

Ces résultats ont permis de dégager l'historique de la médecine traditionnelle et celle du dossier médical, car sans connaître l'origine, la perception au niveau des faits portera des jugements de valeurs. Cette représentation faite a permis de comprendre le chevauchement du patient sur les deux formes de médecines.


DEUXIEME PARTIE :

HISTOIRE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET

CELLE DU DOSSIER,

CHEMINEMENTS THERAPEUTIQUES

ET LOGIQUES DU SUIVI DU PATIENT



CHAPITRE I : HISTOIRE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET CELLE DU DOSSIER MEDICAL, CHEMINEMENTS THERAPEUTIQUES

Les épisodes qu'ont connu la Médecine Traditionnelle et la médecine moderne permettent de retracer les faits dans un ordre chronologique et de mieux expliquer les relations y afférentes. La représentation et l'importance de la médecine conventionnelle au lendemain de la seconde guerre mondiale a fait naître le dossier médical avec l'utilité et l'importance du patient au sein de la société en vue d'un développement sanitaire.

1- HISTORIQUE

L'histoire des médecines est la branche de l'histoire consacrée à l'étude des connaissances et des pratiques médicales et chirurgicales au cours du temps. Toutes les sociétés humaines avaient recours à des croyances médicales relevant du mythe ou de la superstition pour expliquer la naissance, la mort et la maladie. Cette dernière a été attribuée à la sorcellerie, aux démons, aux influences astrales ou à la volonté des dieux. Ces idées restent encore répandues avec la foi en la guérison par la prière et le recours à des sanctuaires dans certains endroits bien que la puissance de la médecine moderne au cours du dernier millénaire a rendu caduques bon nombre de croyances anciennes. Ainsi l'histoire de ces médecines a permis de les scinder en deux catégories de médecines avec trois formes de traitements des patients.

1-1- HISTOIRE DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE AU BENIN

En Afrique, le monde naturel à l'état primitif est, partout, conduisant au sacré qui s'exprime de manière répétitive et surprenante. Et comme dans la majorité des pays africains colonisés, la médecine traditionnelle voire béninoise s'est vue rabaissée et dénigrée par les

colonisateurs au profit des structures religieuses qui dispensaient des soins gratuits. Mais le 30 novembre 1972 au Bénin, le Président Mathieu KEREKOU a prononcé un Discours-Programme qui préconisait la promotion des activités des tradipraticiens et leur collaboration avec les agents du système de santé moderne. La médecine traditionnelle béninoise sortait enfin de la clandestinité, et le nombre de tradipraticiens auto déclarés et d'associations de praticiens a immédiatement augmenté. En mars 1979, le Gouvernement dissout toutes les associations en vue de préconiser des critères de sélection des tradipraticiens. En 1986, un décret est pris pour créer l'ANAPRAMETRAB (Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin). Cette association nationale, unique vise à améliorer la contribution des tradipraticiens pour la santé en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé.

Le décret du 15 Février 2001 fixe les principes de déontologie et les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle au Bénin. Ce décret couvre de nombreux aspects de la pratique de la médecine traditionnelle, mais quelques points importants restent encore à définir par un arrêté du Ministère de la Santé. Parmi ceux-ci on trouve le domaine de compétence des acteurs de la médecine traditionnelle, les conditions d'autorisation d'ouverture d'un centre de soins traditionnels, des modalités de délivrance d'autorisation d'exercice de la médecine traditionnelle et les modalités d'autorisation de mise sur le marché des remèdes traditionnels. Un seul de ces arrêtés interministériels a été publié : celui du 3 novembre 2004 portant réglementation de la publicité en matière de pharmacopée et de médecine traditionnelle. Cette dernière dépend du Ministère de la Santé. Depuis 1996 jusqu'aujourd'hui, les autorités ont commencé à appliquer en grande partie les recommandations de l'OMS à travers ses résolutions au profit de l'intégration de la médecine traditionnelle dans les Soins de Santé Primaires de 1978(Alma Ata), 1985 (Lusaka), 1987

(Bamako), 1990 (New York) et plus récemment en 2001 (Harare) en vue d'aider les praticiens à remplir leur rôle.

Mais le manque d'initiatives et de fonds nécessaires au développement de leur domaine reste à déplorer. Parlant d'initiative, en septembre 2013, les tradipraticiens ont organisé leur colloque scientifique au cours de laquelle ils ont eu à concevoir des politiques comme la Politique Nationale en matière de pharmacopée et de médecine traditionnelle au Bénin, à créer des manuels d'initiation des professionnels de la santé aux systèmes d'éducation et de transmission du savoir en médecine traditionnelle au Bénin. De par leur activité, ils valorisent aussi les cultures ancestrales et les traditions. La médecine traditionnelle, considérée comme l'ensemble des pratiques, mesures, ingrédients de tout genre, matériel ou autre qui ont permis de se prémunir contre la maladie, de soulager ses souffrances et de se guérir. Elle est transmise par l'apprentissage à travers les rites d'initiation dans les couvents "vodun" à partir de sept (7) ans, par l'accompagnement de père en fils suivant les tempérances et les capacités cognitives de sept (7) ans à quarante (40) ans, par l'échange ou achat des recettes entre praticiens de la médecine traditionnelle avec un plateau technique important.

1-2- HISTOIRE DU DOSSIER MEDICAL

Ses premières traces datent du IX^e siècle, époque à laquelle des médecins arabes, tels que Rhazès (865-925), Avicenne (930-1037) ou Avenzoar (1073- 1162), créent la médecine clinique. Cette dernière a pour socle de fonctionnement le Dossier Médical. L'historique des cas intéressants est ainsi rédigé et conservé dans des registres tels que les « Observations de l'hôpital », auxquelles Rhazès fait allusion dans son « Continu ». Au 18^{ème} siècle, la notion de Dossier Médical rattaché à chaque patient apparaît comme un registre dont

le contenu reste succinct. C'est au 19ème siècle lors de la création des hôpitaux modernes que le Dossier Médical apparaît : il inclut des données médicales, sociales et administratives.

Ce dossier administratif a longtemps été hors de portée du malade, pour assurer le respect du secret médical vis-à-vis d'autrui, mais à un point extrême que parfois tout un service pouvait connaître l'état de santé d'un malade que lui-même ignorait. En ville, le principe de l'oralité persiste avec cependant l'apparition progressive de fiches médicales plus ou moins bien remplies selon le bon vouloir des praticiens. Certains hôpitaux, comme la "Mayo Clinic" aux Etats-Unis, ont accordé une grande importance au dossier du patient pour la recherche médicale. Dès 1931 aux USA, un « *medical record* », enregistrement de qualité des données médicales dans les hôpitaux était considéré comme une exigence éthique. C'est à partir des années 1970 que le Dossier Médical a pris une place prépondérante dans la pratique quotidienne du médecin et ceci pour plusieurs raisons :

- dans une démarche d'amélioration de qualité des soins,
- de qualité des études dans la recherche clinique, et notamment dans le cadre de problèmes de responsabilité
- de traçabilité suite à des contentieux entre patients et corps médical.

Alors, le Dossier Médical hospitalier a vu sa composition définie par l'article R.710-2-1 (décret du 30 mars 1992 : France). L'article 45 du Code de Déontologie (1995) stipule que : *“ Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin. Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.”* Longtemps, le Dossier Médical a été la simple

matérialisation d'un besoin du médecin qui, craignant la trahison de sa mémoire, conservait les notes personnelles qui lui permettaient de ne rien oublier de l'histoire de son patient. Il a pu s'y adjoindre les écrits échangés avec d'autres confrères ou avec les proches ou la famille des malades. Tout au plus ce dossier embryonnaire pouvait-il être partagé avec d'autres médecins au sein d'équipes soignantes. La morale professionnelle la plus élémentaire interdisait qu'il en fût autrement. Le Code de déontologie a constaté que la tenue d'un dossier constituait un gage de la qualité de l'exercice professionnel. Il précise que ce dossier doit permettre la transmission à un autre médecin des informations recueillies par le premier et qui concourent au suivi du patient. Ce dossier est destiné par essence à comporter la trace d'éléments personnels et intimes concernant le malade et donc, à ce titre, couvert par le secret médical.

Le juriste s'est donc rapidement penché sur les conditions de sa conservation, de sa transmission et de sa divulgation. La loi du 4 mars 2002 sur les « Droits des malades » en France, prend acte d'une longue jurisprudence dispersée et précise les conditions de transmission de ce dossier au patient. L'informatisation des cabinets médicaux a permis d'envisager un recueil plus exhaustif des informations, une analyse plus fine des éléments qui le composent et une rapidité plus grande d'accès aux informations qu'il comporte. Sous format informatique, sa duplication et son transfert à autrui est grandement facilité. La rigueur qu'il suscite ouvre des perspectives nouvelles pour la recherche ou pour le fonctionnement des réseaux de soins.

2- LES CHEMINEMENTS THERAPEUTIQUES A COTONOU



Photo I : Image sur la médecine traditionnelle



Photo II: Image sur la médecine moderne

Source: prise de vue, enquête, 2013

La santé, un état complet de bien-être physique et mental est l'un des biens humains les plus indispensables qui constitue le ciment du droit à la vie. Avant l'organisation du système de soins par les colonisateurs, les populations avaient le choix entre l'automédication familiale et la visite chez le tradipraticien. Chaque famille avait au moins un membre qui était versé dans la connaissance thérapeutique et ce n'est qu'en cas d'affection plus grave qu'un recours extérieur était sollicité (Allan, 2008). Pourtant, des décennies après le départ du colon, le choix des cheminements thérapeutiques à Cotonou n'est pas moins séparé de la culture. Car les béninois se sont servis de la médecine traditionnelle pour combattre les maladies qui affectaient la santé de leur famille. Ancré dans les représentations socioculturelles et économiques de la santé et de la maladie, le choix d'un cheminement thérapeutique à Cotonou varie suivant la logique, la perception, la représentation et en fonction des moyens dont l'individu dispose. Pour se soigner, la population de la municipalité de Cotonou ne se focalise pas sur un seul mode de traitement de ses maux. Lorsqu'elle ressent un problème ou un déséquilibre du point de vue sanitaire, les individus se retournent en 1^{er} ressort vers '*l'automédication*'.

Les 70% (figure1 citée ci-dessous) des patients et accompagnateurs le confirment. Elle varie d'une culture à une autre avant de choisir les formes de médecines où ils pourraient se faire soigner. Cette rationalité est basée sur l'autonomie des acteurs et leur choix (Jon, 1968).

Les agencements de divers ordres ne sont pas négligés. De ce fait, on distingue au total six (06) cheminements thérapeutiques chez la population de la municipalité de Cotonou. On compte :

- l'automédication familiale (réanimation artisanale) ou la pharmacopée traditionnelle (70% des patients et accompagnateurs)
- l'automédication : les médicaments du marché (15% des patients et accompagnateurs)
- la médecine moderne (5% des patients et accompagnateurs)
- la médecine traditionnelle (soit 70% des patients et accompagnateurs)
- le suivi conjoint : Association de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne (60% des patients et accompagnateurs).

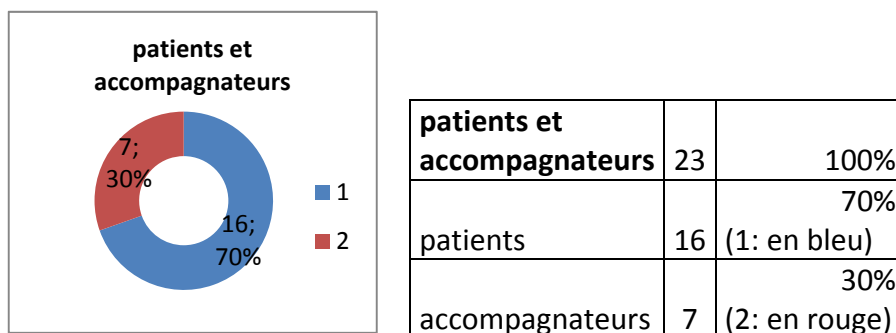


Figure 1 (graphe et tableau) : répartition des patients et des accompagnateurs
Source : enquête, 2013

D'envergure de par sa transmission et sa modification suite aux conseils obtenus dans la société de génération en génération, ces cheminements s'assemblent ou se désassemblent suivant le potentiel financier de chaque individu mais aussi en fonction de la croyance en la religion et en l'efficacité et/ou l'efficience du recours thérapeutique choisi. Ce recours leur permet de comprendre le pourquoi de la situation (Tocqueville, 1986). Constituée d'écorces de plante, de tisane, autres produits de la pharmacopée traditionnelle, ou des produits pharmaceutiques, les automédications sont, selon les patients, des pratiques très courantes et très bénéfiques (voir photo I, p: 56). Elles seraient très importantes du fait

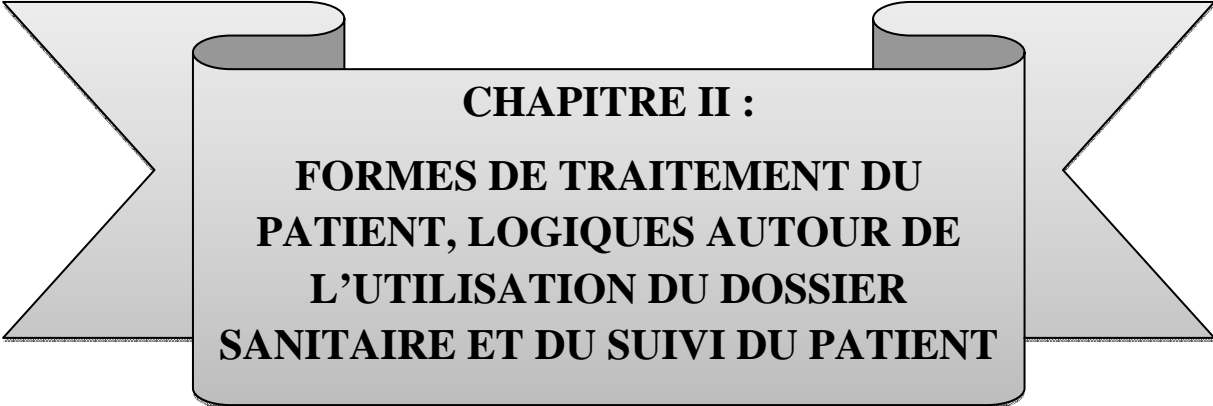
qu'elles favoriseraient le maintien de la santé à moindre coût et éviteraient des dépenses inutiles dans les Centres de Santé. De ce fait, 25% des accompagnateurs confirment qu' : « *il vaut mieux faire quelque chose soit même et échoué devant les résultats attendus avant d'aller voir les aînés pour les informer de ses initiatives qui ont été vaines* ». Aussi, « *Etant donné que les plantes et les médicaments modernes font pratiquement le même effet, leur association donne une guérison plus rapide, efficace et non lente comme celle du traitement coûteux des centres de santé* ».

Ces perceptions sont transmises aux enfants dans les pratiques et conseils courants lors de leur éducation. Ainsi, en atteignant l'âge de raison, les enfants ont la conviction que lorsqu'ils ressentent un malaise, le premier recours est automatiquement la tisane et/ou les « médicaments de rue ». La conception est alors pérenne et le choix des cheminements thérapeutiques, évolutif suivant le déséquilibre ressenti. Mais le choix de la médecine traditionnelle face à la médecine moderne n'est pas un jeu de hasard. Il existe dans la conception de la maladie au Bénin toute une typologie des maux. Parmi elle, on distingue *les maux dits anormaux qui sont considérés comme des maux non naturels. Ce sont des maux vus comme problèmes liés aux manquements aux divinités, à la sorcellerie anthropophage...* (15% des tradithérapeutes analphabètes)

En effet, Ils arrivent que, de par les constats et conseils de son entourage, le patient peut décider que les maux dont ils souffrent proviennent des envoutements, de la sorcellerie...etc. Ces maux de par la médecine moderne sont diagnostiqués comme des maux liés à la famille (culture). Le choix du praticien en cas de ces maux est automatiquement le tradipraticien ou, suite aux croyances, la religion pour une délivrance. Aussi, la non satisfaction face aux résultats obtenus de certaines prestations modernes surtout dans le cas des maladies psychiatriques, gastriques, psychosomatiques, chroniques et autres, drainent-elles une bonne partie de la population vers la médecine traditionnelle, juste pour ne plus

avoir que *''des calmants qui n'atténuent que pour quelques temps la maladie''*(45% des patients, cf figure1, p58). Ce sont des maladies autour desquelles la médecine moderne n'a pour le souffrant que des calmants pour atténuer la douleur et non la guérir. Cette perception pousse à dire que tout phénomène social résulte de la combinaison d'action, de croyance ou d'attitudes individuelles (Weber, 1965). Cette forme de représentation justifie les limites que la médecine moderne fait par rapport au traitement de plusieurs affections qui sévissent dans la société à ce jour. Ces affections pour la plupart, que ce soit avec ou sans preuve scientifique, ont des solutions plus ou moins efficaces en médecine traditionnelle. Aussi, dans la prise en charge du patient, est-il loisible d'entendre que la médecine traditionnelle *''est moins chère, et des fois payables pas nécessairement par de l'argent ou en tranche. Les tradipraticiens comprennent vite la situation économique de patients alors qu'à l'hôpital tu paies ou tu peux mourir tant pis''*.

Près de 65% des patients et accompagnateurs le confirment (cf figure1, p58). Le choix du suivi conjoint est soit après échec de la médecine moderne et/ou la médecine traditionnelle, soit sur conseil des proches. Ce genre de traitement est selon la population moins stressant et intervient juste pour *''renforcer l'efficacité de la médecine moderne car ses thérapies seraient trop onéreuses et ses résultats lents si on ne met pas du sien mais sans informer le soignant''* (60% des patients, cf figure1, p58). Il s'inscrit dans les préoccupations et objectifs du centre ou de l'ONG (le bien être, la santé pour tous....) concernant les méthodes de soins mais aussi dans ce qu'on pourrait appeler la *''philosophie''* médicale de la médecine traditionnelle dont sa base fondamentale est la phytothérapie car l'utilisation de médicaments modernes est proscrite pour conserver l'aspect endogène de la cure. C'est ce que dit T.A., un membre des tradithérapeutes: *"nous voulons rester nous-mêmes "*. Le patient est à cheval sur deux formes de médecine tout en ayant une méfiance. Quelles sont les différentes formes de traitement parcouru par le patient en cas de nosologie ?



CHAPITRE II :

FORMES DE TRAITEMENT DU PATIENT, LOGIQUES AUTOUR DE L'UTILISATION DU DOSSIER SANITAIRE ET DU SUIVI DU PATIENT

L'être humain aspire à une thérapie adéquate en cas de malaise, car le concept "mort" renferme une connotation au point de vue négative. Les interventions, les thérapies, les cures ...sont déployées lors de la présence d'un patient dans les centres d'administration de soins et varient selon chaque centre de soins.

1- LES TRAITEMENTS MODERNE, TRADITIONNEL ET SPIRITUEL

La santé, un état de bien être mental, physique... n'a pas de prix. En cas de son déséquilibre, elle fait appel à des rituels soit sacrés ou cliniques ou spirituels en vue de donner satisfaction et de lever le seuil des représentations sur la maladie. Dans le cas de cette recherche, les traitements traditionnels et modernes feront l'objet de discussion. Quant à celui basé sur la spiritualité, il fera l'objet des perspectives.

1-1- Le traitement moderne

La rencontre de l'Afrique et de l'occident a permis aux africains malgré leurs bases empiriques de bénéficier d'autres connaissances scientifiques et technologiques dans les aspects de la gestion de la vie en particulier dans celui de la santé. Mais la médecine traditionnelle est passée progressivement à une médecine conventionnelle qui a des ombres et des lumières. Cette dernière, de par sa rationalité, à côté de ses apports bénéfiques contribue à détruire les valeurs endogènes de la médecine. Tout cela dans l'optique de suivre le patient avec une certaine efficacité des instruments. Le suivi du patient est basé sur un certain nombre d'informations condensées dans un dossier. Ce dernier appelé dossier du patient *"est le support de l'ensemble des informations recueillies concernant la prise en charge du*

patient. Les différentes composantes de ce dossier (dossier médical, dossier de soins infirmiers et dossier administratif) intègrent des éléments communs, voire partagés. Il est indispensable à la communication des informations entre les professionnels et constitue un outil de réflexion et de synthèse, de planification, d'organisation et de traçabilité des soins'' (Fayé, 2001). Le suivi, la prise en charge adéquate des soins ont un dossier (le dossier médical) suivant les règles de la médecine moderne. Une maladie a une histoire et sa représentation suivant l'individu ou la société prend en compte les aspects psychologiques, sociaux, cognitifs et communicationnels conduisant à plusieurs champs d'applications comme l'éducation, la diffusion des connaissances ou encore la communication sociale. Vu la représentation sociale de l'objet (suivi du patient), le dossier sanitaire est l'ensemble formé du dossier médical, du dossier de soins et celui administratif.

Il apparaît donc très clairement qu'il n'est plus possible de considérer les éléments constitutifs du dossier sanitaire du patient en tant qu'éléments indépendants, d'où la réflexion sur la constitution du dossier sanitaire du patient au sein des établissements et sa gestion suivant les professionnels. Cela revient à chaque établissement de définir une « politique » interne concernant le dossier du patient. Cette politique se résume à :

- la définition en commun (entre l'établissement, le corps médical et les professionnels intervenant dans le dossier patient) d'objectifs précis concernant le dossier du patient (son contenu, sa tenue, sa gestion) ;

- l'existence d'un dossier patient individualisé pour la prise en charge, dans la perspective de disposer d'un outil permettant d'assurer la continuité des soins. Si le dossier unique en tant que tel n'est pas exigé, il est fortement conseillé que des objectifs de la politique portent sur le regroupement des parties du dossier : dossier médical, dossier de soins, éléments de prise en charge spécifique (par exemple dossier transfusionnel, dossier kiné) et dossier administratif ;

- les objectifs doivent comporter des actions portant sur le respect de la confidentialité des informations contenues dans le dossier du patient, tout en veillant à assurer le droit d'accès du patient à son dossier.

- le contenu du dossier patient pour le ou les différents types de prise en charge réalisées dans l'établissement, en respectant les obligations réglementaires :

- ✚ les règles de constitution du dossier aux différentes étapes de la prise en charge ;

- ✚ les règles de regroupement des différents constituants du dossier patient ;

- ✚ les règles d'archivage et de mise à disposition aisée du dossier patient ;

- ✚ les règles de confidentialité à respecter aux différentes étapes du circuit du dossier du patient ;

- ✚ les règles relatives à la transmission d'information contenues dans le dossier du patient.

L'être humain, en tant qu'être multidimensionnel, a plusieurs organes, différentes formes de maladies le conduisant vers divers spécialistes, donc création de plusieurs dossiers. Or c'est le même corps, d'où un seul dossier sanitaire : voir l'exemple d'une fiche de suivi médical ci-dessous :

FICHE DE SUIVI MEDICAL

Destiné au Dossier Médical d'Hospitalisation.

NOM:

Etiquette

Cette fiche doit comporter

1. La réflexion bénéfice-risque des choix diagnostiques et thérapeutiques en cours de séjour.
2. Les évènements marquants du séjour.

3. Les points d'observation successifs si le séjour se prolonge

Ce qui n'est pas le cas du suivi traditionnel à travers lequel l'individu est pris dans sa globalité, dans son sens holistique (corps, âme et esprit) suivant les charges spirituelles.


1-2- Le traitement traditionnel


La signification africaine de la santé est celle de l'état de l'homme en harmonie avec lui-même, son environnement naturel, social et spirituel et plus largement avec l'univers et non pas seulement une réaction technique à une situation de détresse organique. Car la charpente sociale ancestrale comporte différents acteurs qui jouent chacun un rôle :


- Les dieux disposent de pouvoir sur l'homme. Ces divinités peuvent incarner les esprits de la nature...


- Les chefs traditionnels sont les acteurs qui jouissent d'un pouvoir séculaire et cristallisent l'identité de la communauté.

- Les guérisseurs sont considérés comme divins et détenteurs d'un pouvoir occulte de guérison mais aussi d'éducation (Ndam, 2004). Ces derniers se présentent en une diverse spécialité comme :

-  Le phytothérapeute, une personne qui soigne principalement par les plantes.

-  Le chirokinésithérapeute, une personne qui pratique principalement avec la main nue ou munie d'un instrument passant par des massages ou des manipulations sur le corps afin de rendre aux parties malades ou blessées leur fonction.

-  Le phlébotomiste, une personne qui pratique principalement les techniques de saignée pour soigner.

-  Le psychothérapeute, une personne qui soigne par les techniques de relation entre thérapeute et malade en utilisant la puissance du verbe (incantation).

✚ Le médico-droguiste, une personne qui connaît les usages et vend les substances médicinales autres que les plantes.

✚ L'herboriste, une personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles conditionne et vend des substances médicinales végétales à des fins thérapeutiques.

✚ L'aromathérapeute, une personne qui utilise un ensemble de pratiques médicales basées sur les huiles essentielles (extraites des plantes) à des fins thérapeutiques.

✚ Le naturopathe, une personne qui utilise un ensemble de pratiques médicales se référant à des substances d'origine naturelle (végétale, animale ou minérale) à des fins thérapeutiques (Pharmacopée béninoise, 2012).

En dehors de ces catégories de tradipraticiens, le suivi du patient rencontre aussi sur son chemin le charlatan, le marabout, le sorcier... Car la croyance traditionnelle suppose que la maladie peut être causée par plusieurs facteurs. Ces derniers sont détectés après le "diagnostic traditionnel qui est à la fois un art et une méthode de découverte des origines et de la signification de la maladie". Le processus de diagnostic répond à deux questions, l'une sur les relations de causes naturelles et l'autre sur les motivations qui sous-tendent les causes. Le diagnostic ainsi posé combine les informations provenant de l'observation du patient, du patient lui-même et de la divination. Ce diagnostic oriente le traitement du patient. Le traitement traditionnel implique le curatif, le protecteur que le préventif. Ce qui n'est pas du tout le cas en médecine moderne, qui est curative et préventive (les vaccinations...). Le traitement traditionnel peut être naturel ou rituel ou les deux à la fois. L'administration du traitement est spécifique à chaque malade mais "il est flexible et adapté aux changements journaliers de l'état de santé de celui-ci. Il implique le suivi adéquat et permanent des changements survenus dans les symptômes ou dans les conditions parapsychologiques du malade et cela engendre des variétés de procédures, de méthodes et de médicaments qui se

combinent pour soulager selon le type de diagnostic''. Ces procédures et méthodes observées dans le traitement traditionnel sont la baignade, l'incision, l'alimentation, l'émétique, la prière, le repos, l'inhalation de la fumée, l'étuvage, la danse, les sacrifices aux ancêtres... et cela se fait souvent oralement. 15% des tradipraticiens confirment que le *''traitement traditionnel n'est pas onéreux, accessible à la majorité de la population, efficace et efficiente''* mais varie suivant les pratiques (occultisme, par les plantes, par la sorcellerie ...). Il y a lieu également de souligner que le règlement du traitement utilise parfois le recours à des versets coraniques ou des psaumes... pour les soins de santé. Le patient est obligé de respecter les croyances religieuses des thérapeutes, voir photo III citée ci-dessous.



Photo III : les premiers ingrédients du traitement traditionnel

Source: prise de vue, enquête, 2013

2- LES LOGIQUES ET FONCTIONNEMENT AUTOUR DU DOSSIER MEDICAL

Comme l'écrit Bourdieu, le « *besoin de santé* » est un « *besoin cultivé* ». C'est un besoin qui se fait sentir par tous. Tout le monde a le droit et le devoir de se sentir bien en lui. D'où la nécessité de se faire consulter soit par un médecin ou un thérapeute. Une fois à l'hôpital, il a déjà un dossier qui retrace son histoire dans le centre d'administration de soins. Le Dossier Médical d'une personne est un ensemble de documents qui retracent l'histoire d'une maladie

ou de l'ensemble des épisodes ayant affecté la santé de cette personne. Ces documents (lettre, compte-rendu, résultats de laboratoire, film radiologique, ...) sont regroupés dans un dossier, une chemise, un classeur détenu le centre de soins. Et comme la santé selon l'OMS c'est le bien-être physique psychologique et social d'une personne, la qualité de soins passe par la prise en charge des soins des patients qui est capitale dans tous les centres de soins. Or, la prise en charge des soins ne peut se faire sans l'outil précieux, la pierre angulaire du centre qui est le dossier médical. Une fois constitué, il est considéré en premier lieu comme un outil d'amélioration de la qualité du travail du médecin pour une meilleure gestion de la santé de son patient, est fonction du type de malade que l'on suit et du type d'exercice professionnel que l'on développe. Il est pour le médecin un papier important dont il ne peut se débarrasser à aucun moment au cours du traitement de son patient. C'est une relation d'interdépendance qui existe entre eux.

Le dossier commence par le premier service où le patient a effectué sa consultation. Ce service détient le dossier mais il reste avoir une forme de dynamisme dans le transfert des informations concernant le patient. Existant déjà un lien entre les médecins, ils se partagent des informations sur leur patient. Ce lien social s'exprime dans les échanges issus de la participation à un travail commun et de l'appartenance à des groupes de diverse nature (cellule familiale, groupes religieux, culturels, politiques, etc.). Il revêt une importance particulière dans l'œuvre d'Émile Durkheim, fortement imprégnée du souci de la cohésion sociale. De même, des gardes-malades constituent un point privilégié dans la gestion des patients dans un hôpital. Parfois ils volent les dossiers et disent que cela les appartient tout cela à cause du manque d'information. Ce qui inquiète face à la disparition des dossiers est que le médecin de garde ne peut pas entrer en possession de ce dossier s'il arrivait que ce patient soit dans ce centre pour une urgence. Ne connaissant pas les antécédents de la maladie, il donne les premiers soins avant de chercher la suite. Mais s'il ne trouvait rien, il agit tout

comme si c'est un nouveau patient or les secondes sont comptées dans la prise en charge d'un patient.

Ces comportements de par la sociologie montrent des déterminations sociales qui ne sont pas toujours évidentes, et qui se placent au-delà de la portée des individus en tant que tels. Les phénomènes collectifs peuvent avoir une logique propre : ils ne sont donc pas le pur reflet d'actions et de choix individuels. Cela se lit à travers une forme de consensus qui occupe une place importante chez les fondateurs de la sociologie, qui ont insisté sur la nature de la société comme une entité supérieure à la simple addition des parties qui la composent. Ainsi, pour Auguste Comte, le consensus est une condition indispensable à la cohésion sociale. Chez Durkheim (1898), il s'exprime à travers la conscience collective, les résultats de l'agrégation des consciences individuelles. C'est ce consensus qu'il fallait dans la prise en charge d'un malade. Ces formes de manque d'information et de responsabilité font défaut dans les centres où la rigueur doit être de base car c'est la vie des patients qui est en jeu. Un patient debout est un assemblage de personnes liées par diverses relations sociales. C'est lui qui est le pilier fondateur (biens matériels) d'une société composée d'individus. Sa mort peut engendrer des conséquences énormes tant sur le plan social que sur le plan politique.

Mais, il faut constater que les patients ne leur rendent pas la tâche facile pour la constitution de ce dossier sanitaire. On peut trouver des patients qui vont respecter à la lettre l'ordonnance remise mais parfois suivant leur croyance religieuse. Il y en a d'autres avec leurs gardes-malades qui ne vont respecter rien de tout ce que le médecin dira. Il faut de temps en temps chasser les garde-malades pour avoir accès aux malades eux-mêmes. Car la maladie est perçue comme la cause de dysfonctionnements de l'individu et ce dernier doit nécessiter des soins médicaux fournis sous forme de traitement individuel par les professionnels. Ces traitements peuvent être conventionnels ou traditionnels. Il faut considérer le patient de par son environnement, sa culture...

C'est dans cette optique que le feu vénéré Pape Jean-Paul II à la 8^{ème} Journée Mondiale pour les malades, affirme que « *La santé fondée sur l'anthropologie respecte la personne dans son intégrité loin de s'identifier avec la simple absence de maladie, se présente comme une tension vers une harmonie plus parfaite et un équilibre sain au niveau physique, psychique, spirituel et social. Elle est un bien avant-dernier dans la hiérarchie des valeurs qui doit être considérée et cultivée dans l'optique du bien total et également spirituel de la personne* » (Journal Il est Vivant, 1999). De même que l'école de Boudon, voit dans les faits et les processus sociaux que l'addition de conduites et de représentations individuelles en interaction considèrent l'individu comme « l'atome logique de l'analyse » car il constitue l'élément premier de tout phénomène social. Comprendre le social, c'est, dans cette perspective, analyser les rationalités des individus, puis saisir leurs « effets de composition », la façon dont l'ensemble des actions individuelles s'agrègent pour créer un phénomène social. Boudon a mis ainsi en évidence ce qu'il nomme des « effets pervers », c'est-à-dire des « phénomènes de composition » où l'addition d'actions individuelles rationnelles produit des effets inattendus et contraires aux intentions de chacun. Il parfois faut observer chez certains patients et gardes-malades, la fuite de l'hôpital avec le dossier qui est au chevet de leurs lits. C'est au moment des soins que les infirmiers constatent leurs disparitions et vont écrire sur leur dossier restant « évadé ». D'autres s'efforcent à rentrer chez eux sans l'avis du médecin avec leur maladie. Pour ceux-là, on écrit sur leur dossier « CAME : Contre Avis Médical ». Or ce dossier médical est la mémoire vivante et de synthèse pour le médecin, en constante évolution et doit aider le médecin à prendre ses décisions grâce à une information accessible et opérationnelle afin d'assurer le suivi dans le temps de la majeure partie des problèmes de santé.

Cette recherche effrénée de la santé pousse l'individu à se rendre dans un centre de soins traditionnels. Or, le tradipraticien a un dossier sanitaire basé sur l'oralité, la puissance sacrée

du verbe. Ces dossiers aident certains thérapeutes dans la continuité des soins à administrer au patient. Le syncrétisme médical est observé chez la majeure partie de la population. La prise en charge d'un patient est capitale dans un pays, elle est un palier important dans le développement du système sanitaire qui à son tour est indispensable dans le développement d'une nation.

3- LA PRISE EN CHARGE, LE SUIVI DU PATIENT

L'homme, après le passage de la société primitive dite sauvage, confronté à la maladie puise dans son environnement immédiat et le plus accessible les remèdes à ses maux. Cherchant les éléments nécessaires à sa subsistance après les perceptions faites sur l'eau et l'air, le feu, le bois ... l'on constate que la rupture de l'équilibre de la santé est liée à celle du milieu de vie et aussi avec le cosmos. Car ces substances sont interdépendantes l'une de l'autre et sur un ordre chronologique dans un sens bien précis montrant l'homme depuis sa naissance jusqu'à sa mort : voir la photo IV ci-dessous.

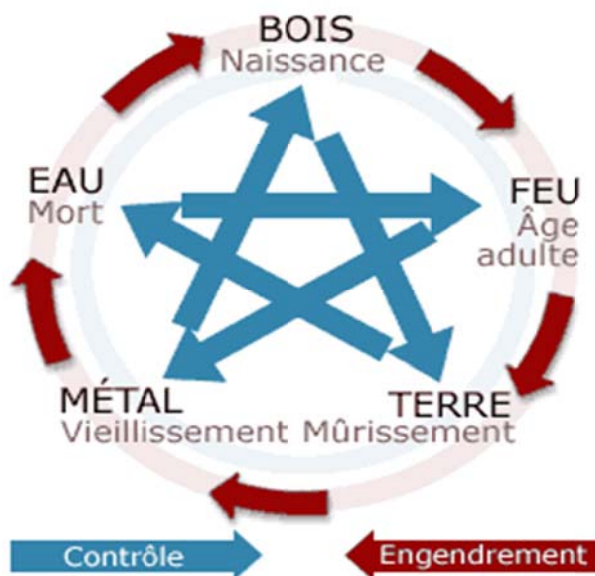


Photo IV : Image montrant les étapes de la vie de l'homme

Source: Spiritualiste Rabitan, 2013

Pour lutter contre ce déséquilibre, l'homme devient praticien de soins, grâce à la raison, l'observation et l'expérience, ce qui donne le jour à la médecine et à la pharmacopée.

Dès lors, la culture, la communication sur tous les plans (par les comportements, les scarifications...) et l'évolution ont permis à l'homme d'atteindre un degré de perfectionnement à travers les races, les âges... conduisant à la création de la science et de la technique qui ont favorisé la modernisation de la médecine en passant par l'amélioration des moyens de lutte contre la maladie. C'est de là que commence la prise en charge du patient.

Mais au Bénin, comme dans la grande majorité des pays en voie de développement, surtout africains, les médecines traditionnelle et moderne dans le suivi du patient évoluent de façon parallèle. Car celle dite traditionnelle se fonde sur des expériences vécues et se transmet de génération en génération, oralement, par achat, échange ou dons. Par contre celle dite moderne s'acquiert dans les structures conventionnelles dont l'accès est sujet à des critères rigoureux et est exercée dans les formations sanitaires publiques ou privées avec des droits et des devoirs entre les praticiens eux-mêmes et entre eux et leurs patients. La prise en charge de ces derniers est subordonnée d'abord à un examen clinique à partir duquel il y ressort un diagnostic conduisant à des examens paracliniques et des analyses médicales (de radiologie, des examens de laboratoire...) ensuite à des prescriptions des produits qui sont codifiés avec des indications de posologie très claires. Les matériels utilisés, les spécialistes, les plateaux techniques... dans le suivi du patient rendent la médecine moderne et sa thérapie en particulier inaccessibles à la grande majorité de la population. Ce qui donne lieu à des réactions issues de la représentation sociale faite par la population qui se dégènèrent à des concepts comme *"mauvais accueil, inaccessibilité des Centres de Santé..."*.

De même, les services de santé du secteur privé sont caractérisés par une accessibilité moins grande que celle du secteur public, en raison de la nécessité de couvrir les coûts réels des prestations et de dégager des bénéfices pour la survie même des formations sanitaires privées. Ainsi, dans la plupart des formations sanitaires privées au sein desquelles est menée l'enquête, un paiement officiel est exigé avant toute consultation. Il est à noter que dans les

centres de santé privés parcourus, la femme est tenue de payer un droit ou d'acheter des consommables pour un accouchement normal. Peu de responsables déclarent exiger un paiement avant un éventuel traitement. Par contre quant à la médecine traditionnelle, la maladie est considérée comme mauvaise santé, déséquilibre (soit social, mental...).

La prise en charge du patient passe aussi par un diagnostic après l'utilisation d'un tableau technique (le canari, la cola, les huiles végétales et animales, la calebasse, le plateau de "Fâ", le chapelet divinatoire...) maîtrisé par les initiés. Suite à ce diagnostic, la prise en charge varie d'un thérapeute à un autre à cause des diverses pratiques fondées sur le symbolisme de la maladie. Car toute maladie a un sens soit social, soit spirituel ou culturel...

La personne humaine, l'éternel insatisfait, a des antécédents de maladie et de futuribles possibles de maladies. La continuité observée au niveau du suivi prête souvent confusion faute de l'ignorance sur ce qu'est en réalité la médecine et ses embranchements. Déjà souffrant, il est pressé de se voir guérir avec toutes les contraintes que cela lui fait endosser. Or, le praticien de la médecine moderne ne maîtrisant aucun de ses faits ou les langages ou encore la perception du patient sur sa maladie refuse parfois de le traiter parce qu'il juge bon la gravité d'un autre. C'est lui seul le juge de la gestion des patients arrivés en consultation chez lui, d'où le terme "patient". Il faut que l'utilisateur se patiente quelque soit le sens attribué à son malaise. Par contre le praticien de la médecine traditionnelle juge important la présence du patient dans son centre ou sa maison. Parce que les expériences faites par la plupart dans le domaine (acquérir depuis le jeune âge) et les connaissances acquises leurs permettent de donner un sens au malaise.

Au niveau du suivi, le tradithérapeute dans tout son sens, signifie que le thérapeute ou le praticien d'une pratique médicale exerce cette fonction suivant la tradition médicale dans laquelle il vit. Cette tradition comme la divination, l'utilisation des plantes, la sorcellerie, la magie permet de suivre le patient. Ce suivi passe d'une étape à une autre suivant l'évolution

du malaise. Le patient peut passer par l'utilisation des plantes afin de tomber dans la guérison par la sorcellerie. Un thérapeute M. révèle *“un patient s'était empoisonné et on l'a conduit à l'hôpital. Un de ses parents le connaissant (efficacité de sa pratique) vient le solliciter. Mais une fois à l'hôpital, le médecin refuse de lui accorder même une heure de temps afin qu'il consulte le patient car il n'avait aucun papier attestant qu'il était un thérapeute ou guérisseur. Après avoir constaté leurs limites dans le suivi de leur patient qui, presque mourant donne enfin l'autorisation. Le thérapeute toucha le patient, prononça des paroles et une heure de temps après, il s'en va. Mais avant de partir, il redemanda un autre rendez-vous pour vingt-deux (22) heures. A l'heure exacte, les médecins ont stoppé leur traitement et lui laissait la place. Après cette heure là, il ordonna de lui refaire toutes les analyses et cela a attesté l'efficacité de sa pratique. Mais la tradition médicale utilisée était de la sorcellerie.”*

Le problème de la perception du concept “mal” et la représentation que le patient ou le thérapeute fait du concept “maladie” font l'orientation du suivi. Car le fait de s'empoisonner est une forme de suicide (Durkheim, 1898), d'envoutement... relevant des traditions et coutumes. Toujours dans le sens de suivi et de continuité de soins, le thérapeute voyage loin (par des paroles incantatoires, bien qu'étant là, se retrouve au pays souhaité) pour chercher des plantes ou étudie à travers les lignes de ta main pour te donner toutes les orientations en plus des médicaments. Tout ceci se fait chez certains tradithérapeutes contre un taux forfaitaire fixé par les dieux (soit 300FCFA ou 100FCFA, mais ne dépasse par 500FCFA) à cause du sens symbolique que revêt la maladie et du sens sacré. Mais d'autres en prennent jusqu'à cent mille (100.000) FCFA. Le coût de la consultation est sujet à la manière dont le patient présente son mal, son statut dans la société et si cela va solliciter des forces occultes de divers niveau, il faut les matériels pour les rituels sacrificiels.

Mais il faut souligner que le thérapeute, après le diagnostic posé se sert parfois des examens médicaux afin de mieux situer le patient dans son traitement et le suivre de près.



tradithérapeutes	15	100%
Illettrés	7	47% (1: en bleu)
Intellectuels	5	33% (2: en rouge)
Spiritualistes	3	20% (3: en vert)

Figure 2 (graphe et tableau) : répartition des tradithérapeutes

source : enquête 2013

D'après les constats, 15% des thérapeutes (voir la figure 2 citée ci-dessus) confirment que *"la médecine moderne leur a fourni des matériels et leur permet de mieux cerner le diagnostic et d'aller plus vite dans le traitement des pathologies"*. A la différence près, les thérapeutes les plus considérés sont les phytothérapeutes dans lesquels fonctionnent les acteurs du christianisme céleste, le "boconon", les spiritualistes... Mais dans cette phytothérapie, il existe celle dite moderne qui s'occupe de la pharmacopée et celle dite traditionnelle qui utilise des plantes dont leur disposition est importante dans le traitement des maux. Car 10% d'entre eux disent que *"les plantes sont plus efficaces que les gris-gris"*. Certains segments de la population n'utilisent aucune de ses médecines car ils jugent bon que *"la guérison ne se retrouve que dans le repos, l'alimentation, le respect de la nature... et qu'il faut se débarrasser des pensées vides qui ne sont que pathologiques"* (photo V).

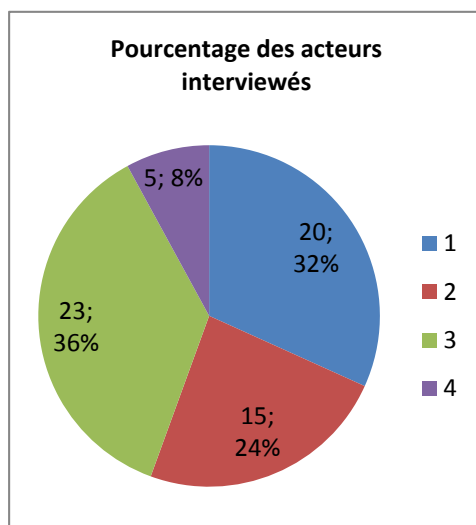


Photo V: Image sur les ingrédients de la médecine traditionnelle

Source: prise de vue, enquête, 2013

Si en faisant recours à la philosophie de Sénèque et Chrysippe, les pensées constituent les causes de plusieurs maladies et sont considérées comme des agents pathogènes, la

philosophie en elle seule peut guérir. Car elle est l'art de guérir. Donc les représentations faites de ces maux ne sont pas celles qui reflètent réellement le mal mais la maladie, c'est l'ignorance de connaissances et il faut être en "amitié" avec soi-même en vue de guérir l'âme qui est la source de guérison du corps. Une grande grâce de pouvoir est de s'accepter soi-même, mais aussi une grâce suprême est de pouvoir s'oublier afin de laisser place à des pensées nobles (Sénèque).



Groupes cibles	Nombre d'enquêtés	pourcentages
Tradithérapeutes	15	24% (N°2 en rouge)
Médecins et personnels soignants des centres de santé moderne	20	32% (N°1 en bleu)
administratifs de programme et des services du MS	5	8% (N°4 en violet)
Patients et accompagnateurs	23	37% (N°3 en vert)
Total	63	100%

Figure 3(graphe et tableau): répartition des groupes cibles

Source: enquête 2013

Le constat fait sur le terrain est que le "suivi conjoint" a été observé par la majorité de la population près de 60% (voir figure 3 citée ci-dessus). Les premières causes sont la confiance réciproque, la continuité dans les soins administrés, la fiabilité, l'accessibilité (surtout en matière de coût). Ces perceptions faites sur le suivi conjoint du patient amènent certains tradithérapeutes à profiter de cette situation car l'esprit de méfiance qui animait le patient le pousse à se chevaucher entre les médecines. Ce qui pousse certains tradithérapeutes, au lieu de fonctionner sous le régime à but non lucratif fonctionnent à but lucratif malgré leur rôle en tant que Organisation non gouvernementale (ONG). 15% des tradipraticiens confirment l'existence de certains thérapeutes appelés "escrocs" qui profitent de la richesse de la population en leur vendant des potions, des poudres ... qui ne guérissent aucune maladie.

Et comme la perception donnée à la maladie dépasse les coûts financiers, et si les feuilles ou les potions coûtent moins chers, l'on ne trouve pas l'importance de son efficacité. Il faut aussi noter que dans le concept "suivi conjoint" du patient fait intervenir aussi la médecine moderne qui doit prendre en compte toutes les catégories de personnes. Le constat fait sur le processus d'identification des indigents au sein de la communauté est souvent inexistant surtout dans les structures sanitaires privées. Il en est de même pour le processus d'identification des indigents au sein de la formation sanitaire. Ce qui pousse la couche vulnérable vers les tradithérapeutes. Mais parmi cette couche et celle moyenne, le constat pousse à dire que près des 60% des patients observés sont des femmes et l'on se pose la question de savoir pourquoi cela ? Est-ce à cause de leur position en tant que accompagnateur dans la société, est-ce de leur insertion dans la fonction, est-ce par jalousie, source de conflits, est-ce qu'il existe des maladies récurrentes destinées à la gente féminine ?

Ainsi la prise en charge des patients passant par la gestion symbolique de la nature, a suscité des réflexions sur les relations entre santé, caractéristiques socio-culturelles et nature. Pour ce faire, la médecine traditionnelle a constitué progressivement à travers le monde, un domaine de recherche privilégié et plus particulièrement la pharmacopée pour quatre raisons fondamentales :

- le tradipraticien prescrit, prépare et administre à la fois les recettes thérapeutiques ce qui constitue une unité pragmatique discrète et par conséquent intégrable dans un système biomédical global expérimental.

- Cette pratique de la tradition semble excuser la distinction entre le processus empirique objectivement efficace et les pratiques symboliques ritualisantes.

- Elle se caractérise par ailleurs et de plus en plus par sa testabilité apparente à l'aune de la validation scientifique, et par conséquent des types d'efficacité supposés supérieurs de la médecine occidentale.

Enfin, et pour toutes ces raisons, la médecine moderne peut être considérée comme le support par excellence de la légitimation des médecines traditionnelles au niveau des organisations internationales telles que l’OMS, l’UNESCO, l’OUA, etc., et des gouvernements pour la mise en valeur des patrimoines culturels nationaux et de l’éventuelle rentabilité de leur intégration dans les stratégies socio-sanitaires des pays pour la prise en charge adéquate des patients.

4- ACTEURS IMPLIQUES DANS LE SUIVI DU PATIENT

Le suivi du patient selon la médecine traditionnelle et celle dite moderne sollicite des acteurs dans l’administration et la continuité des soins. Ceux les plus connus sur le terrain sont :

- **l’ANAPRAMETRAB (Association Nationale des Praticiens de la Médecine Traditionnelle du Bénin)** : créée en 1986, est une association nationale qui vise à améliorer la contribution des praticiens de la médecine traditionnelle pour la santé tout en restant en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Dans l’optique d’un suivi adéquat de leur patient, les tradipraticiens se tournent vers d’autres moyens comme l’utilisation du plateau technique de la médecine conventionnelle pour affiner leur diagnostic. Ils se mettent en de nouvelles associations en vue de réfléchir et de voter des politiques sanitaires.
- le **PNPMT (Programme National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle)** : mis en place depuis 1996 (Kérékou), est l’instance officielle de référence pour la médecine traditionnelle. Elle s’occupe de l’amélioration de la couverture des besoins sanitaires de la population béninoise à travers une utilisation effective et efficiente de la Pharmacopée et de la médecine traditionnelle. Son objectif est d’assurer la promotion et l’intégration de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans le système national de santé au Bénin tout en assurant la

disponibilité de la matière première et des médicaments traditionnels de bonne qualité et à moindre coût et renforce le cadre juridique d'exercice de la médecine traditionnelle. Ces stratégies prioritaires du PNPMT sont :

- l'appui à la mise à jour de la pharmacopée nationale ;
- le développement de la recherche en matière de médecine traditionnelle ;
- le renforcement du cadre juridique pour l'exercice de la médecine traditionnelle ;
- le renforcement des capacités pour l'enseignement et la formation en médecine traditionnelle.

Tout cela est fait dans le souci du suivi et de la guérison du patient même si cette dernière vient de Dieu.

- le **Ministère de la Santé (MS)** : est l'organe institutionnel représentant l'Etat béninois et son gouvernement avec le respect de la continuité dans les engagements du passé. Il élabore les politiques sanitaires à mettre en œuvre pour assurer une prise en charge des populations tout en s'assurant que les structures hospitalières privées et publiques respectent les normes organisationnelles et fonctionnelles en vigueur en République du Bénin. Dans le cadre de la relation entre la médecine traditionnelle et médecine moderne, son implication se fait à travers les actions de la **Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP)** et est l'organe de coordination du suivi et d'évaluation des mesures collectives et individuelles de prévention, de prophylaxie et de promotion pour la santé.

- le **personnel soignant des centres de santé** : ils sont les acteurs les plus indispensables pour la collaboration. En effet, il n'y a de "*véritables richesses ni de forces que d'Hommes*" (Houngbédji, 2011). Ceci étant aussi vrai dans le domaine de la santé en raison de la place qu'occupent les ressources humaines, c'est la qualité des soins autant dans le secteur privé que dans le secteur public qui pousse les populations à choisir leurs parcours

thérapeutiques. L'accueil, la qualité des soins, l'organisation du travail selon les procédures normatives... sont très importantes dans le lien de la collaboration.

Toutefois, l'atteinte de ces objectifs amène le PNPMT à s'associer avec plusieurs partenaires techniques et financiers. Au nombre de ceux-ci on peut citer :

- **l'OMS** : L'Organisation Mondiale de la Santé, est une institution spécialisée de l'Organisation des Nations unies (ONU) pour la santé publique. Selon sa mission, elle a pour objectif d'amener tous les peuples du monde au niveau de santé le plus élevé possible, la santé ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1978). Elle s'occupe de l'harmonisation, codification : classification de toutes les maladies, de la prise des mesures pour arrêter une épidémie et mesures sanitaires en cas de voyages internationaux (comme la vaccination et de l'assistance aux PMA : Pays les moins avancés). Mais force est de constater que le suivi du patient par l'utilisation du dossier médical est le côté négligé des politiques sanitaires.

- **l'OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé**

Regroupant les pays de la CEDEAO, elle a été créée en 1987. Son objectif est d'offrir le niveau le plus élevé en matière de prestation de soins de santé aux populations de la sous-région sur la base de l'harmonisation des politiques des Etats membres, de la mise en commune des ressources et de la coopération entre les Etats membres et les pays tiers, en vue de trouver collectivement et stratégiquement des solutions aux problèmes de santé de la sous-région. L'OOAS est un instrument proactif d'intégration régionale de la santé qui permet des interventions et la mise en exécution de programmes à grand impact et à faible coût, à travers :

- le renforcement des capacités ;
- la collecte, l'évaluation et la dissémination de l'information ;
- la promotion de la coopération et de la coordination ;

- l'exploitation des technologies d'information et de communication ; et,
- le maintien de partenariats productifs.

Se fondant sur les défis à relever, la mission et la vision de l'OOAS ainsi que sur les priorités exprimées par les Etats membres, au cours du Second Plan stratégique, l'OOAS entend poursuivre l'appui à la lutte contre les maladies en ciblant les orientations stratégiques suivantes :

- appui à l'amélioration de la qualité dans les systèmes sanitaires de la sous-région ;
 - appui à l'amélioration de la couverture sanitaire dans la sous-région ;
 - appui au développement d'un financement durable de la santé ;
 - développement institutionnel de l'OOAS ;
- **le FMSTP** : Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme ;
- **PADS-BAD** : Projet d'Appui au Développement du Système de Santé.

La santé, ayant tout un ensemble de représentations, fait intervenir plusieurs acteurs sur tous les plans. Mais les systèmes culturel et social sont extrêmement importants dans la mesure où c'est de là que les acteurs se forment et forment leurs activités suivant leur espace de jeu, les règles, les contraintes, les normes afin de se positionner en tant qu'acteur dans le champ social.

TROISIEME PARTIE

RELATIONS ET CONFLITS ENTRE LES PRATICIENS

DES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE



CHAPITRE I : RELATIONS ENTRE LES PRATICIENS DES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, les européens ont pensé à la reconstruction des pays africains en mettant à leur disposition tout un ensemble de politiques dont celle de la santé.

1- CONTEXTE SOCIAL DE LA RELATION ENTRE MEDECINE TRADITIONNELLE ET MEDECINE MODERNE

La colonisation des états africains a conduit ces derniers à apporter des modifications dans leur législation notamment en ce qui concerne le domaine de la santé. L'arrivée des dispensaires a provoqué l'illégalité de la médecine traditionnelle traitée de dangereuse. Les populations étaient alors redirigées vers le système de soins à l'occidental avec le rejet de cette médecine, qui néanmoins, a continué ses pratiques dans l'ombre. Mais comme le démontre le principe d'homéostasie, lorsqu'un système subit une légère transformation (interne ou externe), il a tendance à revenir à son état antérieur.

De ce fait, après les indépendances le Bénin à l'instar d'autres pays africains a opté pour l'initiative de Bamako, induisant l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes officiels de santé. Il était alors indispensable d'en arriver à une médecine qui pouvait répondre, non seulement aux besoins des populations en santé, mais aussi pourrait permettre de revenir au système ancestral. Mais, le constat fait est que les techniques de formation, méthodes de diagnostic et de traitement des maladies des deux systèmes de santé étaient pratiquement divergents. La médecine traditionnelle de même que la médecine moderne soutient ses techniques qui lui sont propres et ne sauraient les laisser disparaître. La solution imminente se trouvait alors dans la relation entre les deux formes de médecine.

La proposition de cette relation entre médecines traditionnelle et moderne est apparue au Bénin dans les années 1976, suite à l'initiative du président KEREKOU proposant la valorisation des pratiques endogènes en matière de santé. Mais bien avant cette décision, force était de constater que le ratio médecin/population était vraiment en décadence avec la norme qui spécifiait 01 médecin pour 10 habitants. Les soins de santé moderne étaient plus concentrés dans les grandes villes et le coût des services supérieurs au pouvoir d'achat de la population à moyen revenu. Donc, la mise en place de cette politique de relation entre médecines traditionnelle et moderne a été sans le conditionnement des premiers acteurs impliqués à s'accepter. Ni l'un, ni l'autre ne comprenaient leurs techniques respectives de formation et de travail. Aucun des deux catégories ne comprenaient ni l'importance ni l'utilité de son homologue. Au contraire, ils se rejettent mutuellement. De ce fait, ni les médecins, ni les tradipraticiens ne veulent de façon décisive permettre à son analogue de fonctionner par peur de perdre le prestige qui lui est accordé. Les difficultés de relation naissant se retrouvent en quelque sorte paralysée. Des polémiques sortent alors autour d'elle et confirment ainsi l'hypothèse selon laquelle il existerait des facteurs qui entravent l'orientation du patient et la relation entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

2- LES FORMES DE RELATION

Les rapports entre médecine traditionnelle et médecine moderne ne sont pas uniquement conflictuels. En effet, sur bien des aspects, guérisseurs de la médecine traditionnelle et ceux de la médecine moderne se reconnaissent complémentaires. Pour les professionnels de la santé conventionnelle, de manière générale la tradithérapie est efficace pour le traitement des maladies psychiatriques. Ils évoquent presque tous l'expérience faite et les preuves, pour montrer qu'à ce niveau, médecine traditionnelle et médecine moderne gagneraient à coopérer. En plus, la plupart des professionnels de la santé conventionnelle reconnaissent que la tradithérapie est performante concernant les dermatoses. Dans cette

perspective, le médecin T. insistait que : « *la médecine traditionnelle est une chose, elle a fait ses preuves comme la médecine moderne* ». Pour un infirmier X., "*les tradipraticiens ont des compétences parfois plus larges que celles des médecins classiques ... les médecins ne font que prescrire des médicaments alors que le guérisseur les prépare lui-même*". (Photo VI ci-dessous).



Photo VI : les ingrédients des phytothérapeutes

Source : thérapeute : Adonon Symphorien, 2013

Malgré les critiques adressées à la médecine moderne, les acteurs de la médecine traditionnelle reconnaissent son utilité. Ils disent que pour le traitement de certaines maladies comme le sida, la médecine classique leur a apporté des informations capitales dont ils se servent. En effet, les informations recueillies provenant de la médecine moderne furent progressivement expliquées aux tradipraticiens. Ainsi, dès le début de l'épidémie, les guérisseurs ont compris que le SIDA est causé par un virus qui détruit les défenses de l'organisme. Fort de ces informations, les tradipraticiens entreprirent rapidement de traiter le SIDA avec des médicaments antiviraux, auxquels ils ajoutent les pratiques traditionnelles pour réparer la destruction des défenses de l'organisme.

De l'avis des tradipraticiens rencontrés (90% de tous les thérapeutes : figure 2, pp73) affirme que "*le regain d'intérêt de l'Etat vis-à-vis de la médecine traditionnelle serait le fruit d'une prise de conscience par rapport aux limites de la médecine moderne*". La médecine traditionnelle serait maintenant considérée comme une alternative sérieuse à la médecine moderne. Mais selon les tradipraticiens, ce regain d'intérêt ne se traduit que faiblement en

actes concrets. Ainsi, ils relèvent l'inexistence de structures publiques crédibles pour soutenir les initiatives de leur bureau. *Cependant, au niveau local des démembrements, les tradipraticiens entretiennent des relations avec les directions départementales de santé, le personnel des centres de santé de sorte que certains sont sollicités pour intervenir sur des cas graves (10% des thérapeutes intellectuels et 5% des analogues : figure 2, pp73).* En définitive, malgré les difficultés d'organisation et le manque de soutien effectif des pouvoirs publics, l'organisation des tradipraticiens est active et mène des actions sur le terrain pour répondre aux besoins des populations en matière de santé.

En général, la collaboration des tradipraticiens avec les zones sanitaires et les directions départementales de santé dépend en grande partie des responsables de l'administration sanitaire. En effet, les tradipraticiens qui ont déclaré avoir de bonne collaboration avec les zones sanitaires et les directions départementales de santé, 15% d'entre eux estiment qu' "ils sont bien écoutés et bénéficient d'appui divers de ces derniers dans leurs activités. Ainsi, il arrive que le personnel de santé des zones sanitaires sollicite leurs interventions pour certains cas graves et, vice-versa"(figure 2, pp 73). Cette franche collaboration s'illustre à travers les déclarations d'une personne interrogée A. : « ...on se comprend très bien avec les médecins ; nous respectons leurs conseils et eux aussi respectent les nôtres... ».

Il est à noter que la place et l'importance de la médecine moderne sont bien reconnues par les tradipraticiens dans la mesure où ils y ont recours pour affiner leur diagnostic avant de prendre en charge les patients. De même, dans les zones sanitaires (Mènontin, Saint Luc) ou les centres de santé où la collaboration pose problème, les tradipraticiens ont le sentiment de ne pas être suffisamment considérés par rapport aux savoirs dont ils sont détenteurs et déclarent être simplement ignorés sinon diabolisés. A ce sujet, l'un des enquêtés déclare «... la collaboration avec les zones sanitaires est médiocre parce que tout ce qui touche à la

médecine traditionnelle est considérée comme de la sorcellerie... ». Dans tous les cas, les 24% tradipraticiens interrogés (figure 2, pp 73) ont formulés le souhait que leur savoir et savoir-faire soient reconnus comme étant importants pour une meilleure efficacité du système sanitaire béninois. Selon ces derniers, la médecine traditionnelle et la médecine moderne ne sont pas et ne doivent pas être opposées mais complémentaires. Donc, il doit exister une symbiose entre les deux formes de médecines.

Mais avec le Ministère de la Santé, certains tradipraticiens interviewés (10%) ont reconnu l'existence d'une bonne et franche collaboration entre les tradipraticiens et le Ministère de la Santé. Ce qui permet à certains tradithérapeutes de voir un début de reconnaissance de leurs recherches dans la mesure où ils sont soutenus par le Ministère de la Santé. Selon ces derniers, cette collaboration dénote de la considération et de l'acceptation dont ils font l'objet de la part des agents des centres de santé et de l'administration de la santé à travers le pays. Mais cette appréciation est fortement nuancée et même remise en cause par certains thérapeutes. En outre, la gestion du système de santé devrait davantage prendre en compte la collaboration et les interactions avec la médecine traditionnelle. Néanmoins, les dysfonctionnements ci-après sont relevés par les tradipraticiens interviewés. Il s'agit de :

- l'insuffisance de suivi-évaluation ;
- non respect de l'obligation de reddition de compte ;
- l'insuffisance d'audit de gestion et de contrôle dans les centres de santé sources de corruption et de malversations;
- non respect des textes ;
- mauvaise gestion des ressources humaines notamment la politisation des affectations du personnel ;
- non respect de la hiérarchie ;

— l'insuffisante exploitation des savoirs de la médecine traditionnelle ainsi que de la marginalisation des tradipraticiens.

Ces dysfonctionnement ont engendré des suggestions de part des tradipraticiens et sont relatives à :

— la formation continue du personnel et une meilleure gestion des ressources humaines ;

— une augmentation de la fréquence des audits et contrôle de la gestion du système sanitaire et l'application des sanctions quand elles s'imposent ;

— l'institutionnalisation de plate-forme fonctionnelle entre les tradipraticiens et le ministère de la santé ;

— l'octroi de moyens financiers à l'organisation des tradipraticiens;

— une meilleure exploitation des savoirs et pouvoirs endogènes en matière de santé et la promotion de la recherche sur la médecine traditionnelle.

Mais faute de peur ou de manque de confiance réciproque ou par déficience du non intégration effective de la médecine traditionnelle, les relations entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne à Cotonou varient en fonction des acteurs et du niveau social et intellectuel. De ce fait, on observe soit une relation jugée verticale ou d'Etat, soit celle horizontale ou de médecin à tradipraticien ou de ce dernier au premier, soit une relation discrète de balancement du patient sans l'accord de l'un ou de l'autre. Les activités du PNPMT ne sont point décentralisées vers toutes les directions départementales de santé notamment celle Atlantique-Littoral faute de moyens financiers. De ce fait, le personnel de santé publique étant sous les ordres du MS, les décisions face à la relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne partent de l'autorité du MS aux sous ordres: personnel. D'où une relation **verticale** entre les acteurs de sortes que les services devant y être rattachés ne sont pas toujours à temps au parfum de l'information.

Mais au-delà de ces problèmes, et de l'évolution des perceptions de la médecine traditionnelle, son introduction dans les centres de santé, la relation n'est pas uniquement verticale. Il arrive, vu la prolifération des cabinets d'exercice de la médecine traditionnelle, de la pharmacopée traditionnelle..., qu'on observe une **relation horizontale** de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne. Autant que la médecine moderne, la médecine traditionnelle a aussi ses limites dans l'utilisation des équipements moderne de diagnostic et de suivi qui se retrouvent néanmoins au niveau de la médecine moderne.

Eu égard à ces considérations, il arrive que l'on observe une relation horizontale caractérisée par le "papillonnage" du patient vers les deux ordres de médecine. C'est dire qu'après incompréhension de la maladie du patient, de la non réussite du traitement appliqué ou du diagnostic d'un mal n'ayant de solution que par la médecine traditionnelle, certains médecins renvoient leurs patients vers les tradipraticiens qu'ils connaissent de réputation et de spécialité ou vers la pharmacopée pour un traitement viable. De même, certains tradipraticiens ayant un niveau intellectuel dirigent leurs patients vers les centres de santé modernes juste pour qu'ils aient la sûreté de la réussite du traitement appliqué, à travers les analyses et les tests grâce aux équipements modernes. La médecine traditionnelle, contrairement à son analogue de la médecine moderne, le tradipraticien n'a point de fondements sur lesquels l'on pourrait le sanctionner en cas de faute professionnel ou non. Il est pris et jugé juste comme un citoyen en faute. De ce fait, par peur d'être vu ou d'avoir à répondre à une mauvaise interprétation de ces motivations, la relation horizontale entre médecine traditionnelle et médecine moderne est tactique. Elle est majoritairement caractérisée par la clandestinité. Ainsi, il arrive que le personnel soignant des hôpitaux conseille aux patients d'aller se soigner chez des guérisseurs de façon clandestine de peur de la réaction de leurs supérieurs. Tout simplement parce qu'ils constatent, en se référant au pouvoir d'achat ou aux résultats

d'analyse, que le patient pourrait peut-être avoir plus de chance de guérison avec la médecine traditionnelle.

Aussi, de peur de se voir arracher son savoir qui n'est que son gagne-pain, les tradipraticiens n'informent-ils pas complètement les agents de la médecine moderne sur les produits utilisés pour soigner leurs patients. Le constat fait est que chacun connaît l'importance du dossier sanitaire dans le suivi et la continuité des soins. Pour les médecins, le dossier sanitaire est le socle de tout traitement et la base fondamentale du fonctionnement de l'hôpital. Mais cela est délaissée et ignoré de toutes les politiques sanitaires et constitue le domaine laissé de la santé. Or selon les témoignages reçus, c'est le premier à être considéré dans le système sanitaire. Comme le stipule un adage biblique "les premiers seront les derniers et les derniers, les premiers", c'est dans cet optique que ce travail de recherche s'oriente pour montrer que la continuité des soins entre la traditionnalité et la modernité est le gage d'un développement durable.

La médecine traditionnelle, à son niveau, fait la promotion de la puissance du "verbe" qui est sacré surtout chez les spiritualistes, les dignitaires, les guérisseurs... L'homme, l'être debout a le devoir d'avoir un livre ou un classeur dans lequel se retrouve son histoire sanitaire, ses cheminements thérapeutiques, les diagnostics posés, la prescription des médicaments phytothérapeutiques comme pharmaceutiques, les consignes reçus de par les oracles... pour s'assurer d'une bonne continuité sanitaire car la santé, c'est le développement social, économique, politique... d'un être voire d'une nation. Tout l'apanage de relation se produit de façon consciente mais sous réserve et tactique.

CHAPITRE II : IMPACT DES RELATIONS ENTRE LES MEDECINES SUR LE SUIVI DU PATIENT

Le chevauchement du patient entre les deux formes de médecines engendrent des réactions de la part de chacune. Ces dernières, parfois empiètent sur la prise et le suivi du patient.

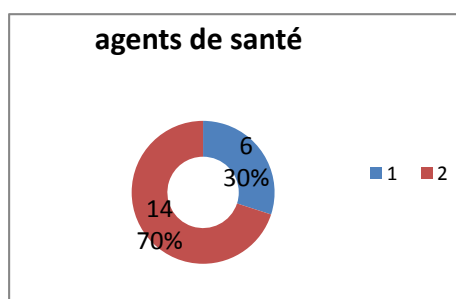
1- IMPACT DU CONTEXTE SOCIAL SUR LES RELATIONS ENTRE LES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE

Parmi les capitaux que nécessite le développement d'un pays, les plus précieux décisifs sont les ressources humaines. Ce sont elles qui, d'abord, conçoivent les convenances de la nation, créent et gèrent les ressources financières et matérielles. La nation a alors le devoir d'assurer la santé à sa population. De ce fait, en Afrique en général et au Benin en particulier, l'Etat demeure le garant de la santé de la population et doit par conséquent prendre toutes les dispositions nécessaires dans le cadre de sa politique de santé pour lever l'ensemble des obstacles à un système de santé durable. Ainsi, la maladie, premier souci est considérée comme un état biophysique objectivement attestable, comme une modification de l'expérience subjective de l'individu et comme un état ou rôle social tributaire de formes d'organisation sociale et cognitive données (Ngono, 2002). Il apparaît de plus en plus grâce à l'éclairage de la médecine traditionnelle, que l'objet « maladie » n'échappe pas aux règles qui structurent un champ de développement et pose un problème de suivi.

Ainsi, la médecine moderne ne peut plus à elle seule assurer un bien-être physique et moral à la population car ses limites face à certaines affections qui sévissent aujourd'hui, sont d'envergure. Le ratio du nombre d'agents de santé moderne par rapport à l'effectif de la population est insignifiant. Les tradipraticiens sont dans une proportion bien plus élevée et prennent en compte le patient dans ses problèmes psychologiques, psychosomatiques sociales

et financiers contrairement aux médecins dont les coûts sont exorbitants, les traitements parfois ou souvent moins satisfaisants et un médecin affirme que “*si tu ne peux point payer,... tu peux bien mourir*”. Bien que ce fait existe, les 60% des acteurs interviewés (figure 3, p 74) estiment que “*la relation entre les deux formes de médecine n’est que de nom à Cotonou*”. Elle ne serait pas un fait évident. Bien que la médecine traditionnelle soit officialisée, le développement de cette relation n’aurait pas été accompagné d’une étude des mécanismes à mettre en œuvre pour une meilleure coopération entre praticiens de la médecine traditionnelle et médecin.

En effet, la médecine traditionnelle, par opposition à la médecine moderne est non seulement une science appliquée. Elle dispose d’un cadre juridique et des approches méthodologiques suivant lesquels sont suivis et évalués ses spécialistes. Quant aux médecins qui ont une formation diplômante, son analogue se forme “par transmission de savoir familial, l’apprentissage chez un ou plusieurs praticiens établis et reconnus et non familiaux, par l’achat des connaissances et enfin l’appel par des puissances supranaturelles qui montrent des pouvoirs, des secrets thérapeutiques au novice” (Allan, 2008). La médecine moderne choisit ses thérapies en fonction des résultats scientifiques contrairement à la médecine traditionnelle pour qui, selon la plupart des médecins, il n’existe point de réelles approbations scientifiques via les modes et méthodes de pratique. On se retrouve alors auprès de deux systèmes de santé tout à fait opposés. Les conflits de pouvoir et de titre naissent entre les deux corps professionnels et cela désagrège leurs relations.



agents de santé	20	100%
Médecins	6	30% (1: en bleu)
Infirmiers	14	70% (2 en rouge)

Figure 4 (graphe et tableau): pourcentage des agents de santé
Sources : enquête 2013

D'après la figure 4 et se référant à leurs formations, les 15% des médecins ne reconnaissent pas l'efficacité de la médecine traditionnelle malgré les constats faits sur les maladies chroniques. Selon ces 15%, les populations ne doivent point se référer à la médecine traditionnelle. Le tradipraticien se voit rejeter et considéré comme le dernier des misérables, "un quémendeur" n'ayant pas de diplôme scientifique mais voulant à tout prix exercer une profession qui ne serait pas celle du médecin mais d'autres exhibent le titre de docteur. Pour ces médecins, "le tradipraticien ne doit en aucun cas faire des diagnostics" malgré les divers projets mis en œuvre pour prouver leurs efficacités dans plusieurs domaines. De plus, malgré les décisions prises et les nombreuses promesses de l'Etat, la médecine traditionnelle est toujours comme dans un certain ostracisme comme l'a induit la colonisation. Très rare sont les décisions d'intégration prises à son égard. Aussi, se référant à leurs cheminements thérapeutiques, 60% de la population interviewée (figure 3, p 74) n'hésite point à affirmer que la relation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne n'existe pas. Selon les investigations, annoncer à l'hôpital que l'on a eu déjà à subir des traitements via la médecine traditionnelle avant de se référer au centre de santé, c'est donné la voie libre aux agents de dire tous les horreurs possibles. Pire c'est leur donner la chance de faire un traitement vraiment dépassant ses moyens. La relation n'existerait réellement que sur papier malgré l'essor que connaît la médecine traditionnelle. Elle, n'ayant pas encore atteint le statut officiel de science appliquée, les incompréhensions mutuelles favorisent des interaction et relations conflictuelles entre les deux corps professionnels.

2- INTERACTIONS ET SOURCES DE CONFLITS ENTRE LES ACTEURS DES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE

Dans une société où vivent des hommes, naissent des rapports sociaux, des formes multiples de relation. Les individus issus de ces sociétés sont engagés ou non dans des organisations. Ils se mettent en groupe pour un objectif donné malgré leurs horizons divers. Comme le souligne

Epelboin (1985), les comportements humains (alimentaires, hygiéniques, génésiques, éducatifs, sanitaires, thérapeutiques, etc.) se manifestent à travers des pratiques, des usages, des savoirs et des savoir-faire fortement marqués par leur composante psychoculturelle. Ils sont transmis d'une génération à l'autre, comme d'un groupe humain à l'autre, lors de contacts entre les peuples, à l'occasion de migrations, de quêtes thérapeutiques et plus récemment par le biais des médias. Ils représentent à la fois des facteurs de risque qui peuvent amplifier l'état de déséquilibre caractérisant l'état de santé, ou des " réponses " permettant d'abaisser l'intensité de la ou des contraintes générées par le milieu. Ces comportements peuvent aussi générer des conflits autour des systèmes de santé. Dans toutes sociétés où les individus se regroupent dans une association ou décident de fonctionner ensemble, règnent par moment des interactions et des conflits. Car, ils sont d'ethnies, d'obédiences et de cultures différentes. Les hommes se mettent en groupe pour un objectif donné malgré leurs horizons diverses. Comme le souligne Maisonneuve (1987) *“les groupes ne sont pas figés”*. Toutefois, *« ce ne sont pas simplement des savoirs qui se confrontent dans un groupe, ce sont aussi des comportements, des pratiques, des intérêts. En un mot, ce sont des acteurs dotés de logiques, de stratégies respectives, multiples, diversifiées, ambiguës, fluctuantes »*. Ainsi, l'influence entre les institutions et les acteurs est considérables. Les relations entre les tradipraticiens et les médecins demeurent toujours informelles. La quête et la notion de responsabilité demeure toujours mitigée. Toute association, parce qu'elle est un lieu de rencontres et d'échanges, connaît un jour ou l'autre, des conflits. En fait, la relation entre médecine traditionnelle et médecine moderne est entravée par un certain nombre d'évènement. Comment réussir une collaboration si les modalités de fonctionnement ainsi que les responsabilités des acteurs impliqués à divers niveaux ne sont pas bien définies? Le manque d'un accord détaillé qui statue sur les responsabilités et fixe les obligations des uns vis-à-vis des autres est d'envergure. Aussi, le PNPMT malgré sa décentralisation vers les directions départementales

de santé publique notamment celle de l'Atlantique et du Littoral, responsable de la commune de Cotonou, arrive-t-il que ses activités se constatent uniquement sur le terrain sans explication. De ce fait, il est fréquent de constater des conflits liés au :

✓ déficit de communication entre les acteurs ; car la communication dans une relation est très importante et peu éviter des incompréhensions et des situations incontrôlées dans certaines conditions ;

✓ sous information car force est de constater que la plupart du personnel soignant des centres de santé continue d'avoir des préjugés par rapport au mode de fonctionnement de la médecine traditionnelle;

✓ méconnaissance de ce que stipule et implique la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

Aussi, les tradipraticiens pendant longtemps n'ont-ils existés que de nom. Leur association n'a pas pu réellement se rapprocher du Ministère de la santé pour négocier des modalités pratiques du contrat de travail. Il est courant de constater à leur propre niveau un manque de cohésion sociale lié aux intérêts personnels. Ce que ne digèrent pas leurs analogues qui trouvent qu'avant de pouvoir atteindre une symbiose, il faut que les informations fournies soient au même niveau chez tous les agents. Comme le témoigne 20% des agents de santé : *"si les tradipraticiens ne sont pas capables de s'entendre entre eux, comment pourrons-t-ils être en mesure d'avoir un statut équitable et sauver des vies ?"*. De ce fait, les divergences d'opinions, les manques d'entente et de concertations, les "pieds d'Achilles" sont des situations courantes qui fragilisent les regroupements des tradipraticiens de sorte à ce qu'ils se voient vite manipulés par leurs analogues de la médecine moderne. Aussi, les acteurs n'ont-ils pas pu dynamiser la relation en rappelant à l'Etat ses obligations. Les divergences d'interprétations et une bonne collaboration entre acteurs en termes d'engagement et de répartition des rôles est un problème. Ainsi, malgré l'insertion des

tradipraticiens dans des hôpitaux, ils n'ont pas eu le même titre et les mêmes responsabilités que leurs analogues vis-à-vis de la médecine moderne. Les installations qui leurs ont été faites dans les centres de santé publics sont issues de financement des partenaires financiers du PNPMT. Les tradipraticiens qui y sont installés sont aux frais du projet de sorte qu'à sa fin, ils se retrouvent à leurs propres comptes sans l'aide de l'Etat.

Il arrive que les situations entre *“tradipraticiens et médecins soient parfois critiquées de sorte qu'une équipe se voie très supérieure à l'autre”*. Comme dans le monde politique, des conflits d'intérêt peuvent apparaître dans la collaboration. Ainsi, les conflits sont bien de fois liés au :

- ✓ désir de pouvoir, de possession ou de domination ;
- ✓ divergence d'intérêt, de point de vue ou d'opinion ;
- ✓ jeux de pouvoir entraînant des conflits d'autorités ;
- ✓ rapports humains (interactions, les relations de coopération) ;
- ✓ insuffisances d'appui financier et institutionnel de l'Etat.

Aucune relation ne pouvant connaître d'essor dans un environnement cacophonique, tous ces facteurs entravent la réussite de cette collaboration recherchée entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

3- IMPACT DE L'UTILISATION DU DOSSIER SANITAIRE SUR LE SUIVI DU PATIENT

Au cours de la recherche, le constat est que les patients issus des sociétés relativement homogènes et intégrées (comme c'est le cas des villages mais vivant dans les villes) n'avaient pas la capacité de s'interroger, de remettre en question le système qui lui a été proposé ou imposé par sa culture. En revanche, lorsqu'une culture a été victime du péché mortel appelé « civilisation » comme c'est le cas dans les villes, le patient se trouve alors inéluctablement confronté à des modèles des soins holistiques et souvent divergents, ce qui lui permet de

pouvoir critiquer l'un ou l'autre système thérapeutique, ou encore de passer de l'un à l'autre dans un processus alterné d'investissement et de désinvestissement ou si l'on préfère de confiance et de méfiance. Leur discours est souvent formé de préjugés et d'affectivité. Pour ceux qui croient à la médecine traditionnelle, il est motivé par une adhésion forte à leur éthos socio-culturel. Alors que l'efficacité de cette médecine est niée par les tenants de la « neutralité » et de l' « objectivité » scientifique... Pour cette recherche, il convient d'intégrer l'approche médicale traditionnelle dans la problématique de la science qui ne saurait se dispenser de rendre compte de l'implication de l'être humain dans sa propre pratique. Si en effet, on procède selon le concept cher à Bachelard (1938), par « ruptures épistémologiques » par rapport aux illusions de la perception spontanée, on en est pas moins homme, issue d'une ethnie et vivant dans une société donnée comme tous les autres. Approfondir le sens d'un discours médical populaire qui éclaire d'un jour nouveau les concepts de mal, guérison, douleur, corps malade et mort, le destin universel, la présence d'une médecine moderne avec son abîme de technologie n'efface pas d'un coup d'éponge magique le besoin millénaire d'épancher l'inexplicable de la condition humaine dans un certain ordre ontologique.

Alors, il faut comprendre que la plante, grâce à l'ethno-pharmacognosie, n'est pas un simple agent chimique dans la pensée du malade et du tradipraticien ; elle est un véhicule linguistique, historique, sociologique dans une cosmologie culturelle. L'ethno-botanique ne se limite donc pas à un simple inventaire de « recette de cuisine », mais son herbier déchiffre la dimension socio-culturelle de toute médication. Tout cela s'inscrit dans une logique de suivi. Voilà que le patient de par son papillonnage, d'être pressé pour la guérison et ignorant le papier qui retrace l'histoire des maux de sa vie se permet de passer de médecin en médecin, de centre en centre, de tradipraticien en thérapeute parfois faute de confiance et va à la recherche de la satisfaction et de la guérison de son mal. Ce qui fait que la plupart des patients ont plusieurs dossiers sanitaires ou rien du tout. L'obtention d'un dossier sanitaire

propre à soi est d'une importance capitale dans le suivi du patient. Car la maladie, vue sous un angle, écarte parfois l'homme de sa source culturelle, de lui-même et de sa société. Pour cela, le problème que ce suivi du patient se doit de résoudre est la réintégration des patients au sein d'une société de biens portants. En effet, les malades des hôpitaux, s'ils sont soignés ne sont pas toujours guéris *''car la guérison passe par toutes les composantes d'un être humain et doit répondre parfois à la loi de Karma''* (5% des tradipraticiens).

Il faudrait que la médecine moderne aussi bien que la médecine traditionnelle arrive toujours à réconcilier le patient avec son groupe social, familial et son histoire.

4- RESUME DES DISCUSSIONS DES DEUXIEME ET TROISIEME PARTIES DU MEMOIRE

De toutes les discussions, il ressort que la médecine traditionnelle est la somme totale des connaissances, compétences et pratiques qui reposent rationnellement ou non, sur les théories, croyances et expériences propres à une culture (transmises par le biais de l'éducation) et qui sont utilisées pour maintenir les êtres humains en santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir des maladies physiques, mentales...(d'après les propos des tradipraticiens). Cette médecine a des types de thérapies propres à elles :

- Les thérapies médicamenteuses où le soin passe par l'administration de médicaments à base des plantes, d'animaux ou de minéraux.

- Les thérapies non médicamenteuses où les soins font l'objet d'une conceptualisation voire une codification. Il peut s'agit des thérapies manuelles (massages...), physiques, mentales, spirituelles ou associant plusieurs de ces éléments.

- Les thérapies mixtes basées sur le mysticisme, les croyances diverses avec ou non des supports physiques (potions) et des pratiques les plus variées (comme l'imposition des mains)... Par contre, la médecine moderne ou conventionnelle est celle considérée comme exogène et appliquant des méthodes reconnues scientifiquement. Sa prise en charge de

patient consiste à poser des diagnostics clairs en vue de prescrire des médicaments. De ces réponses de la part des enquêtés, nous avons pu dégager le tableau montrant la différence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne sur les thérapies et le suivi du patient.

Tableau IV : DIFFERENCES ENTRE LES MEDECINES TRADITIONNELLE ET MODERNE

ASPECTS	MEDECINE TRADITIONNELLE	MEDECINE MODERNE
Origines	Depuis la nuit des temps, l'homme fait face à la maladie en créant un ensemble de procédures ancrées dans la culture et la société	elle se développe à partir du XIX ^{ème} siècle et prend son envol au siècle suivant
Fondements	elle est basée sur un faisceau de connaissances populaires accumulées au cours de l'histoire	elle est basée sur des preuves scientifiques
Méthodes de traitement	Très variées: herbes médicinales, manipulations, méthodes spirituelles	centrées surtout sur la technologie, le médicament et la chirurgie
Approches	holistique: corps et âme préventive et intégrée à la culture, à la famille et au groupe social	sectoriel: le corps, l'âme, l'homme social et culturel sont dissociés; le corps est fragmenté en organes
rapport praticien-malade	la relation est bonne. Car le malade est considéré comme un être qui souffre et qui fait souffrir son corps social	impersonnel, car le médecin s'intéresse surtout aux symptômes, au signes, aux examens biologiques et radiologique et non à la personne
Soins	souvent continus avec des rites qui suivent les étapes de la vie	sporadiques, pendant la crise ou la maladie
Accès	faciles, les tradipraticiens sont répartis sur le territoire national	difficile, les médecins sont concentrés dans les villes
Acceptation	dans presque toutes les couches de la population	il existe certaines réticences de la population à adopter certains soins (vaccination, médicaments,,)
Couverture	presque tout le pays	Limitée
Coût	en espèce ou en nature, les coûts des consultations et thérapeutiques sont souvent à la portée de tous	souvent prohibitif pour les plus démunis
Distance culturelle	inséré dans la culture des peuples	quelques fois éloignée

Source : Enquête du terrain 2013

De cette différence, l'analyse diagnostique sur l'utilisation du dossier sanitaire dans la prise en charge d'un patient a permis de déduire les différents facteurs qui influencent aussi bien positivement que négativement. Ce sont des facteurs internes (Forces et Faiblesses) et externes (Opportunités et Menaces). L'analyse faite à partir du SWOT, a permis de dégager quelques facteurs internes et externes concernant l'utilisation du dossier médical à travers le suivi du patient:

➤ Opportunités :

- L'existence d'une collaboration entre les médecines moderne et traditionnelle,
- L'amélioration du parcours de soins pour les patients (défi organisationnel, défi démographique, défi relatif au transfert de compétences),

➤ Menaces

- La duplicité des dossiers sanitaires,
- Le dossier sanitaire est considéré comme la partie négligée de la santé au niveau des programmes et des politiques sanitaires,
- Modes de prises en charge des patients.

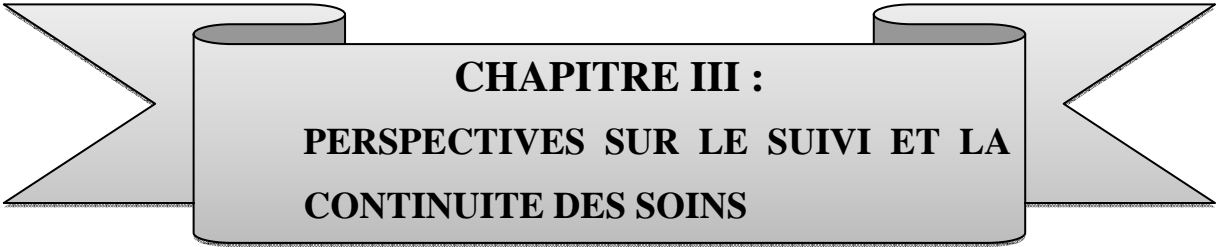
➤ Forces :

- La prise en charge des maladies chroniques,
- La puissance du "verbe sacré",

➤ Faiblesses :

- La relation médecin-patient (où chacun est considéré comme acteur de la santé),
- La place de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire.

D'après les analyses faites, il ressort les patients à risque constituent un groupe cible important, car l'observation sur le suivi du patient doit se faire sur une longue période. Ce qui va permettre de mieux analyser les cheminements thérapeutiques sur les deux formes de médecines et leurs conséquences sur la vie sanitaire des patients.



CHAPITRE III : PERSPECTIVES SUR LE SUIVI ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

La santé définit comme un « état complet de bien être sur les plans physique, mental ou social » (OMS, 1976), est aujourd'hui l'un des droits humains les plus élémentaires et constitue le ciment du droit à la vie. Le problème de suivi du patient est considéré comme un phénomène social. Car tout en étant extérieur à tout le monde, il exerce un pouvoir de coercition sur les acteurs de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle observable au cours de la prise en charge du patient. Alors **quel serait l'impact de l'absence de suivi sur la vie des patients à risque ?**

Dans la quête d'une réponse favorable à cette énigme, cette recherche permettra de confirmer ou d'infirmier les hypothèses émises :

1- Hypothèses

- ❖ La prise en charge du patient à risque dépend des modes de fonctionnement des systèmes de santé;
- ❖ L'orientation du patient surtout à risque vers l'un ou l'autre forme de médecine dépend des formations des agents de santé et les praticiens de la médecine traditionnelle et de leurs relations.

Ces hypothèses ont été formulées en fonction des objectifs fixés par le présent travail qui s'énoncent comme suit :

2- Objectifs

➤ Objectif général

L'objectif global de cette recherche est de comprendre les déterminants tournant autour de suivi des patients (à risque en particulier) tant chez les hospitaliers que chez les thérapeutes dans la municipalité de Cotonou voir au Bénin.

➤ Objectifs spécifiques

De façon spécifique il s'agira de :

- ✓ Cerner le contexte social et institutionnel du fonctionnement des systèmes de santé notamment sur le suivi du patient à risque;
- ✓ Apprécier les systèmes de formation des praticiens de la médecine traditionnelle et les agents de santé et de leurs relations sur le suivi des patients à risque.

3- CONSTRUCTION DU CADRE CONCEPTUEL

Pour la construction de l'objet, les variables citées ci-dessous feront lieu d'étude des concepts :

- Les savoir et savoir-faire reconnus comme étant importants pour une meilleure efficacité du système sanitaire béninois (le système de formation des deux formes de médecins);
- L'étude de chaque palier observé au cours de la consultation tant chez les thérapeutes que les médecins ;
- La prise en charge des maladies chroniques (patient à risque);
- Le fruit attendu après le suivi conjoint;
- La réalisation des savoirs médicaux en une mémoire vivante retraçant tous les cheminements thérapeutiques du patient ;
- Le système de politique sanitaire en vue d'une éducation sanitaire sur l'outil, dossier médical.
- Le suivi du patient par la médecine alimentaire : dite compléments alimentaires (la médecine chinoise, Foréver, Tasly...)

4- ITINERAIRE METHODOLOGIQUE

La commune de Cotonou disposant de plusieurs arrondissements, douze (12), ces derniers bénéficient d'au moins une infrastructure publique, soit 92% avec 59 176 habitants par infrastructure en 2004 la présence d'au moins un tradipraticien par arrondissement.

Une démarche méthodologie de type qualitatif avec un soubassement quantitatif sera adoptée. Sa réalisation utilisera la technique de "choix raisonné" pour s'entretenir avec les patients et leurs accompagnateurs, les agents de santé, les thérapeutes ainsi que les acteurs des institutions et programme œuvrant dans le cadre des politiques de santé publiques et les professeurs de diverses formations. Les méthodes et les outils utilisés dans le présent travail sont : les méthodes d'ECRIS et de Focus Group seront utilisées à l'aide des entretiens individuels, des guides d'entretien et le questionnaire pour la vérification des résultats qui seront obtenus au cours des entretiens. D'autres outils visités pour ces méthodes seront : la grille d'observation et la grille de lecture. Ces enquêtes permettront la collecte des données en vue d'une analyse et une interprétation suivant les théories ci-après : l'individualisme méthodologie de BOUDON pour voir les interactions, leurs mises en œuvre et pour vérifier la corrélation existant entre les deux formes de médecines et enfin la représentation sociale de DURKHEIM et de ABRIC pour comprendre les perceptions et les directions données aux concepts "maladie, suivi, dossier sanitaire". Mais il sera aussi question d'étudier les informations en profondeur suivant les paliers ESPECT de Gurvich avec la Matrice de Diagnostic Stratégique (MDS) et le modèle SWOT qui permettront de mettre en exergue les forces et les menaces de ce problème spécifique. Au cours de l'interprétation la triangulation des informations ne sera pas occultée. Les entretiens seront transcrits. Pour ce faire, le dépouillement des données utilisera les logiciels Word, Excel, Epi data, SPSS. Le report des données se feront au fur et à mesure de la collecte des données. Les informations seront mises en relation avec les thèmes questions en mettant un accent particulier sur les propos des acteurs.

CONCLUSION

Le malade ‘‘africain’’ est un patient qui connaît un dysfonctionnement de l’être considéré comme un ensemble intégré (corps, âme, esprit) conditionné par des forces visibles et invisibles, intérieures et extérieures. Dans la mentalité et la culture africaines primitives, il ne faut pas laisser subsister un mal, car ce dernier est considéré comme un facteur de rupture d’équilibre. Et si l’on n’y remédie pas à temps, non seulement celui qui a commis ledit mal, mais toute la société, voire tout le cosmos peut en pâtir. Ainsi l’individu frappé par une maladie va consulter le devin qu’est le guérisseur afin de déceler la cause de son mal. De même, d’autres s’adressent aux médecins pour d’abord protéger leurs croyances et pas faute de confiance se retrouvent avec les tradipraticiens. En médecine traditionnelle, si l’apprentissage est laborieux et indispensable, l’état de tradipraticien exige d’autres qualités : le don de soigner, et partant de guérir, et souvent le fait d’avoir été soi-même malade est primordial si l’on prétend vouloir traiter les autres dans une spécialité donnée.

Savoir que dans les pays en voie d’émergence souvent démunis de toute structure sanitaire adéquate, l’homme qui souffre ne trouve-t-il pas une aide précieuse et essentielle dans la présence d’au moins un tradipraticien qui assume sa douleur, son angoisse de la mort, sa peur de la déchéance sociale et culturelle, et qui mérite à ce titre le respect des hommes en blouse ? S’interroger sur la signification socio-culturelle et morbide de la maladie « dont on parle » : le cancer, le diabète, l’hypertension ne sont-ils pas devenus le reflet de la société occidentale actuelle ? Par contre en Afrique, qui d’entre les internistes connaît le syndrome d’« envoûtement par la sirène »?...

Il arrive que la médecine et l’anthropologie soient nécessairement appelées à établir des relations critiques pour poser aux hommes la question clé concernant la santé : celle-ci est-elle une affaire d’immortalité (projet inconscient de la médecine moderne) ou bien est-ce

l'ultime recherche d'un équilibre dans l'écologie de la maladie (dessein de toute médecine traditionnelle) ? Quand on est professionnel de la santé, on comprend aisément en consultant dans les zones rurales combien la médecine et l'anthropologie constituent une « philosophie de la mort ». Les professionnels de la santé n'apparaissent plus bien souvent que comme des chamans au « pouvoir dégradé » qui agissent sur les modalités du mal, et non plus sur son essence, comme le tradipraticien.

C'est bien un intérêt à partager autour d'un projet commun qui donne sens et valeur à la participation des professionnels. La santé de la population est une question préoccupante qui nécessite l'implication de tous les acteurs à divers niveaux, associés à l'Etat pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement. Ce développement est impossible sans une bonne santé de la population. Ainsi, la relation entre médecine traditionnelle et médecine moderne est un sujet d'actualité indispensable pour la réussite de l'objectif « la santé pour tous au 21^{ème} siècle ». Les résultats empiriques ont révélé que la perception des acteurs des médecines traditionnelle et moderne et celle des patients sur les deux systèmes influencent l'approche participative. Les dysfonctionnements et les conflits observés en leur sein fortifient la dégradation des relations de collaboration. La symbiose tant souhaitée entre médecine traditionnelle et médecine moderne à Cotonou sans être réelle est déjà en proie à des crises pour sa croissance. Les termes de négociation, d'inclusion des tradipraticiens ne favorisent pas une meilleure relation entre les deux parties. L'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé modernes est une problématique politique, sociologique, culturelle et financière, plutôt que scientifique ou médicale. Les rapports sociaux sont plus d'ordre conflictuel qu'associatif du fait de l'asymétrie de pouvoir et de liberté d'action entre les acteurs.

De façon exhaustive, la collaboration n'existe réellement pas de façon concrète à Cotonou. Le statut du tradipraticien dans la société n'est pas encore défini comme celui de

son semblable. En cas d'accident de travail, il est jugé tout comme un simple citoyen en situation de meurtre. Nul n'est encore sûr d'avoir un statut accepté, décrit dans un cadre juridique et institutionnel. Face à ces incertitudes le malaise social règne, le jeu de pouvoir et de discrimination s'installent. Il revient alors de définir de façon claire et juridique les obligations de chaque acteur et les conséquences de son non-exécution. Il faut que les acteurs du secteur de la santé atténuent leurs rivalités, comprennent et acceptent ses limites, la nécessité de leur complémentarité et de la symbiose. Car le suivi, la prise en charge adéquate du patient en dépend de même que le développement du pays.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET WEBOGRAPHIES

- **ABRIC, J.**, 1976, *Jeux, conflits et représentations sociales*, Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Provence, 591 p.
- **ABRIC, J.**, 2001, *L'approche structurale des représentations sociales, Psychologie et société*, Paris, PUF, 213
- **ANCTIL, et al.**, 1988, *La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action*, Québec, Collection santé et Société, 86p
- **AUGE, M. et HERZLICH, C.**, 1984, *Le sens du mal: anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, Editions des archives contemporaines, (Ordres sociaux), 278 p
- **BACHELARD, G.**, 1938, *Formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, pp55-75
- **BEAUD, M.**, *L'art de la thèse, Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, un mémoire de DEA ou une maîtrise ou tout autre travail universitaire*, Edition La Découverte, Paris, 1998, pp28-45.
- **BENOIST, J.**, 1996, *Soigner au pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Paris: Karthala, PP23-35
- **BENOIST, J.**, 1995, *Anthropologie médicale en Société Créole*, Paris, PUF, 286p
- **BENOIST, J.**, 1995, *Culture et Santé publique*, Boucherville, Gaétan Morin, 500p
- **CHAUVENET, A.**, 1978, *L'hospitalisation*, Paris, PUF, 127p
- **CLENET, J.**, 1998, *Représentations, formation et alternance*, Développement, l'Harmattan, Paris, 270p
- **COURTEJOIE, J., HERTAING, I., NEYDEN, A.**, 1975, *Santé meilleure source de progrès (notion de santé publique et d'éducation sanitaire)*, Paris, PUF, 198p

- **CROZIER, M. et FRIEDBERG, E.,** 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil,
- **DURKHEIM, E.,** 1898, *Représentations collectives*, Article de la Revue de Métaphysique et de Morale, Tome VI
- **ENTRALGO, L. P.,** 1998, *Médecin et le malade*, Italie, Edition Hachette, 150p.
- **ETIENNE, J., MENDRAS, H.,** 1996, les grands thèmes de la sociologie par les grands sociologues, Paris, ARMAND COLIN, 110p
- **FAINZANG, S.,** 2004, *Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche*, In **Anthropolítica**, Revue d'anthropologie et de sciences politiques du Brésil, n° 15
- **FAINZANG, S.,** 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France: un regard africaniste*, Paris, EHESS, 109 p
- **FASSIN, D.,** 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*. Paris : PUF, coll. « Les champs de la santé ». pp 40-42
- **FONTAINE, D., GALLAND, B., RASIDY, K.,** 1997, *Evaluer la viabilité des centres de sante : le livret de l'enquêteur Fascicule n° 2*, pp44-48
- **HERZLICH, C.,** 1969, *Représentation de la santé et de la maladie*, Paris, PUF, 157p
- **HOUINATO, B-A.,** 1993, De l'itinéraire thérapeutique du malade à la problématique de la participation du couple soignant soigné au développement socio-sanitaire en République du Bénin, Flash UNB (mémoire) ,85p
- **HOURS, B.,** 1995, *L'anthropologie de la santé publique et des systèmes de soins.* - Journal des anthropologues (Montrouge), pp12-18
- **JAFFRÉ, Y et OLIVIER DE SARDAN, J-P,** 2003, *Une médecine inhospitalière, Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 210p

- **JODELET, D.**, 1993, *Les représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire*, in Sciences Humaines n° 27, pp 22-24.
- **JODELET, D.**, 1989, *Les représentations sociales*, coll. Sociologie d'aujourd'hui, P.U.F, 360p.
- **JOLLY, D.**, 1999, *l'Information du patient*, Paris, Flammarion et Cie, 70p.
- **KAKAÏ GLELE, F.**, 2001, *Déterminants de l'utilisation des services de soins curatifs dans les centres de santé publics de Cotonou Zone IV au Bénin*, IRSP, 63p
- **KPATCHAVI C, A.**, 2005, *Dénominations et représentations sociales des acteurs de soins au Bénin : Une approche socio-anthropologique la qualité des soins*, Etudes Béninois N° 1, UAC/ CU. J/F. Champollion, pp9-15
- **LAPIERRE, J., HUARD, P.**, 1981, *Médecine et Santé publique dans le tiers monde*, Paris, centurion, 204p
- **LAPLANTINE, F.**, 1986, *Anthropologie de la maladie: étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale*, Paris: Payot (Sciences de l'homme), 41p.
- **MAISONNEUVE, J.**, 2007, *La dynamique des groupes*, Paris, P.U.F, 128p
- **MANNONI**, 1998, *les représentations sociales*, Que sais-je, P.U.F., pp 3-5.
- **MASSE R.**, 1999, *Ethique et Santé publique*, Paris, Presse Universitaire Laval, 413p
- **MEHU/ DAT**, 2010, *Etude sur la couverture sanitaire en République du Bénin : Point de la situation et perspective à l'horizon 2025*, rapport final, 67p.
- **MOSCOVICI, S.**, 1961, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, P.U.F, 220p
- **MSP**, 2005, *Annuaire Statistique sanitaire*, Cotonou, MSP, pp25-30.
- **OLIVIER de SARDAN, J-P.**, 1997, *Anthropologie et Développement*, Karthala, APAD, pp 20-65.

- **OMS**, 2002, *Rapport sur la santé dans le monde : Réduire les risques et promouvoir la vie saine*, Genève, 262p
- **OMS**, 1998, *Les ressources humaines pour la santé et le développement des personnels de santé* (193) pp12-25
- **OMS**, 1997, *L'amélioration des centres de santé dans le cadre des systèmes de santé de district*, Série Rapports techniques Genève, 73p
- **OMS**, 1978, *Les soins de santé primaires*, Genève, pp12
- **STUART MILL, J.**, 2002, *La logique des sciences*, Édition complétée, Chicoutimi, Québec, 119 p
- **TARDE, G.**, 1895, *La logique sociale*, Paris, Félix Alcan, 182p
- **VAN DER VEEN**, 2001, *Journal of glaciologie*, Paris, Vol 42, pp386 -389
- **VIDAL, L.**, 2010, *Faire de l'anthropologie. Santé, Science et développement*, Paris, La Découverte, 202p
- **ZEMPLINI, A.**, 1985, *La maladie et ses causes. - L'Ethnographie*, Paris, pp13-44

WEBOGRAPHIE

- **FAINZANG S.**, 2000, *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale*, *Ethnologies comparées*, 1, Revue électronique [<http://recherche.univ-montp3.fr/cerce/r1/s.f.htm>].
- **MOULIN A-M.**, 2010, *Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique*, *Anthropologie et santé* [URL : <http://anthropologiesante.revues.org/114>],

GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL SOUMIS AUX AUTORITES

-----@ @ @-----

La présente collecte de données entre dans le cadre de la rédaction du mémoire de DEA L'analyse des données que vous fournirez permettra de faire des recommandations aux dirigeants concernés, en vue de l'amélioration des conditions. Nous vous garantissons la confidentialité des informations fournies conformément à la loi 99-014 la 29/01/99 portant création, organisation et fonctionnement du Conseil National de la Statistique.

NUMERO D'ORDRE DU GUIDE

.....|_|_|_|_|

I- IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____ COMMUNE _____ QUARTIER DE VILLE/VILLAGE _____ MILIEU DE RESIDENCE 1 = URBAIN 2 = RURAL Centre de santé _____ Nom et prénom _____ Poste occupé : _____ DATE D'INTERVIEW _ _ _ _ 2013 HEURE DE DEBUT /_/_/ H. /_/_/ MIN RÉSULTAT 1 = REMPLI 2 = PARTIELLEMENT REMPLI 3 = REFUS _____ NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR _____	_ _
--	-----

N°	Questions	Réponses	Codes
Q1	Quelle est la définition de MT et de MM?	MT : _____ MM : _____	

Q2	Quelles sont les structures en relation avec la gestion des hôpitaux ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
Q3	Donnez le rôle de chacune de ces structures ?	_____ _____	
Q4	Quelles sont les manifestations des actions de chaque structure attachée ?	_____ _____	
Q5 a	Tous les services interviennent-ils dans la collaboration ?	0. Non 1. Oui	/___/
Q5 b	Si non, pourquoi ?	_____ _____ _____	
Q6	Quelles sont les causes et sources de conflits entre patients et médecin/tradithérapeute ?	_____ _____	
Q7	Existe-t-il une bonne collaboration entre TM et DM	0. Non 1. Oui	/___/
Q8	Quelles sont les fondements de cette collaboration au Benin ?	_____ _____	
Q9	Quelles sont ces réglementations en matière de TM ?	_____ _____	
Q10	Quelles sont ces fondements juridiques, extra juridiques et autres	_____ _____	
Q11	Quelles sont les responsabilités du DM/Médecin ?	_____ _____	
Q12	Quelles preuves scientifiques pourrait-on lui opposer pour l'accuser d'être à l'origine d'une déconvenue dans le traitement d'un malade ?	_____ _____ _____	
Q13	Quelles sont vos recommandations pour l'usage et l'exercice de la TM à l'endroit de :	Etat : _____ _____ Praticien : _____ Médecins : _____	

**GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL AVEC LES PERSONNELS DE SANTE
MODERNE**

NUMERO D'ORDRE DU GUIDE

.....|_|_|_|_|

II- IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____	_ _
COMMUNE _____	_ _
QUARTIER DE VILLE/VILLAGE _____	_ _
MILIEU DE RESIDENCE 1 = URBAIN 2 = RURAL	_
Centre de santé _____	
Nom et prénom _____	
Fonction _____	
DATE D'INTERVIEW _ _ _ _ _ 2013	
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR _____	

II. Le DM

N°	Questions	Réponses	Codes
Q1	Quelles sont les éléments qui constituent le DM ?	1. _____	
Q2 a	Quelle appréciation faites-vous du DM ?	1. Médiocre 2. Passable /acceptable 3. Assez-bien 4. Bien 5. Très bien	
Q2 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q3 a	Le taux d'utilisation du DM est de :	1. Moins de 25% 2. Compris entre 25% et 50% 3. Compris entre 50% et 100% 4. 100%	
Q3 b	Quelles sont les raisons qui justifient ce taux ?	_____	
Q4	Le fonctionnement du DM vous crée -t-il parfois des difficultés ?	2. Non 3. Oui	_ /
Q5	Quelles sont ces difficultés ?	1. _____	
Q6	Le suivi du patient est-il identique pour tout le	4. Non 5. Oui	_ /

	monde ?		
Q7	Comment se déroule le suivi du patient détenteur du dossier	_____	
Q8	Quelles sont les méthodes de conservation des dossiers ?	1. _____	_____
		2. _____	_____

III- APPRECIATION DES PRESTATIONS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q9a	Quelles appréciations faites-vous sur la disponibilité des services de soins?	1. Médiocre 2. Passable /acceptable 3. Assez-bien 4. Bien 5. Très bien	/___/
Q9b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q10a	Quelles appréciations faites-vous sur la qualité des prestations services ?	1. Très mauvaise 2. Mauvaise 3. Assez-bien 4. Bien 5. Très bien	/___/
Q11b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q12a	Quelle est le degré de satisfaction des patients par rapport à vos prestations de services	1. Insatisfait 2. Partiellement satisfait 3. Satisfait	/___/
Q12b	Justifiez votre réponse	_____	
Q13a	Quelles appréciations faites-vous sur la qualité des services en matière de ressource humaine ?	1. Médiocre 2. Passable /acceptable 3. Assez-bien 4. Bien 5. Très bien	/___/
Q13b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q14a	Quelles appréciations faites-vous sur la qualité du système sanitaire en matière de gestion des médicaments?	1. Médiocre 2. Passable /acceptable 3. Assez-bien 4. Bien 5. Très bien	
Q14b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q15a	Les prestations des services de soins sont-elles disponibles 24H /24H	0. Non 1. Oui	/___/

Q15 b	Justifiez votre réponse	_____	
Q16 a	Pour bénéficier de vos prestations de service, le patient a-t-il besoin de prendre un rendez-vous ?	0. Non 1. Oui	/___/
Q16 b	Justifiez votre réponse	_____	

IV- ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SOINS PAR LA POPULATION

N°	Questions	Réponses	Codes
Q17	A quelle distance se trouve la première formation sanitaire la plus proche	/___/___/___/___/km	
Q18	Un paiement officiel est-il exigé avant une consultation?	0. Non 1. Oui	/___/
Q19	Le coût de consultation varie-t-il d'un patient à un autre?	0. Non 1. Oui	/___/
Q20	Comment qualifiez-vous les frais de consultations?	0. Moins coûteux 1. Raisonnable 2. coûteux 3. Très coûteux	/___/
Q21	Comment qualifiez-vous les frais de soins/analyses?	0. Moins coûteux 1. Raisonnable 2. coûteux 3. Très coûteux	/___/
Q22	Comment qualifiez-vous les frais de médicaments?	0. Moins coûteux 1. Raisonnable 2. coûteux 3. Très coûteux	/___/
Q23a	Existe-t-il un processus d'identification des indigents au sein de la communauté	0. Non 1. Oui	/___/
Q24	Si oui, lequel	_____ _____	
Q25	Y a-t-il un système formel en place qui dispense les indigents	0. Non 1. Oui	/___/

	de payer/réduire les frais (consultation, analyse, hospitalisation)		
Q26	Justifiez votre réponse	_____	
Q27a	Combien de cas de décès avez-vous par an ?	/ ___ / ___ / ___ /	
Q27b	Justifiez votre réponse	_____	
Q28	Qu'est-ce que médecine traditionnelle ?	_____ _____	
Q29	Comment l'utilise-t-on ?	_____ _____	
Q30	Quelle est votre point de vue sur sa participation en matière de santé	_____ _____ _____	
Q31	A quel moment du suivi vous orientez les patients vers les tradipraticiens	_____ _____ _____ _____	

V- SUGGESTION POUR AMELIORER LES CONDITIONS ET UTILISATION DES SERVICES

N°	Questions	Réponses	Codes
	Quelles sont vos suggestions par rapport :		
Q31a	a. au comportement des usagers	_____ _____ _____	
Q31b	b. par rapport aux relations entre agent de santé et l'administration	_____ _____ _____	
Q31c	c. par rapport aux relations entre agent de santé et les tradithérapeutes	_____ _____ _____	

GUIDE D'ENTRETIEN (FOCUS GROUPE DISCUSSION)

NUMERO D'ORDRE DU GUIDE|_|_|_|_|

III- IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____	_ _ _
COMMUNE _____	_ _ _
QUARTIER DE VILLE/VILLAGE _____	_ _ _
MILIEU DE RESIDENCE 1 = URBAIN 2 = RURAL	_
NOM ET PRENOM(S) _____	
Sexe : 1= Masculin 2 = Féminin	_
AGE AU DERNIER ANNIVERSAIRE _____	_ _ _
NIVEAU D'INSTRUCTION : 0 = ANALPHABETE 1 = PRIMAIRE 2 = SECONDAIRE 1 3 = SECONDAIRE 2 4 = SUPERIEUR 5 = ALPHABETISE 6 = AUTRE (PRÉCISER) _____	_
DATE D'INTERVIEW _ _ _ _ 2013	
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR _____	

II – CONNAISSANCE DE LA COMMUNAUTE

N°	Questions	Réponses	Codes
Q1	Quelle est votre activité principale ?	1. Agriculture 2. Pêche/Élevage/Chasse 3. Transformation agro-alimentaire 4. Commerce et restauration/bar 5. Artisanat (couture, coiffure, ...) 6. Fonctionnaire public-privé 7. Auto-emploi formel (avocat, notaire, chef d'entreprise....) 8. Sans emploi 9. Retraité 99. Autres (à préciser) : _____	_ /

N°	Questions	Réponses	Codes
Q2	Quel le nombre de personnes que vous avez à votre charge	/__/__/__/	
Q3	Quelle est votre religion?	1. Chrétienne 2. Musulmane 3. Traditionnelle 4. Aucune 99. Autres (à préciser)_____	/__/

N°	Questions	Réponses	Codes
Q4	Avez-vous souvent des malaises?	0. Non 1. Oui	/__/
Q5	Quelles sont les malaises dont vous souffrez souvent?	a. Maux de têtes b. Maux de ventre c. Blessure d. Corps chaud e. Autres malaises à préciser_____	0. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d) /__(e)
Q6a	En cas de malaise, quelles sont les dispositions que vous prenez ?	a. Utilisation des recettes personnelles b. Achat de médicament au marché c. Consultation d'un guérisseur traditionnel d. Recours à une clinique privée /centre de santé /hôpital de zone etc... e. Autres à préciser_____	0. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d) /__(e)
Q6b	Donnez les raisons de votre choix _____		
Q7a	Avez-vous été satisfait(e) de la qualité des services?		0. Non 1. Oui /__/
Q7b	Donnez les raisons de votre réponse _____ _____		
Q8a	Si Q2C = 1 Au cours de l'année passée,	/__/__/chiffre	

	combien de fois vous vous êtes rendu chez un guérisseur traditionnel?		
Q8b	Donnez les raisons de votre réponse _____ _____		
Q9a	Si Q2d = 1 Au cours de l'année passée, combien de fois vous vous êtes rendu dans un centre de santé/clinique privée/hôpital, etc... ?	__ __ chiffre	
Q9b	Donnez les raisons de votre réponse _____ _____		

III – DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET QUALITE DES PRESTATIONS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q10 a	Quelles appréciations faites- vous sur la disponibilité des services de soins?	0. Médiocre 1. Passable /acceptable 2. Assez-bien 3. Bien 4. Très bien	__
Q10 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____ _____	
Q11 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité des prestations services ?	6. Médiocre 7. Passable /acceptable 8. Assez-bien 9. Bien 10. Très bien	__
Q11 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____ _____ _____	
Q12 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité des services en matière de ressource humaine ?	6. Médiocre 7. Passable /acceptable 8. Assez-bien 9. Bien 10. Très bien	__
Q12 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____ _____	
Q13 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité du système	6. Médiocre 7. Passable /acceptable 8. Assez-bien	

	sanitaire en matière de gestion des médicaments?	9. Bien 10. Très bien	
Q13 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q14 a	Quelles appréciations faites-vous sur le temps d'attente à la maternité/dispensaire?	1. Moins de 10 min 2. Entre 10 min et 30 min 3. Entre 30 min de 1h 4. Plus d'une heure	/__/
Q14 b	Donnez les raisons de votre choix	_____	

IV – ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SOINS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q15	A quelle distance se trouve la première formation sanitaire la plus proche	/__/__/__/__/km	
Q16	Un paiement officiel est-il exigé avant une consultation?	2. Non 3. Oui	/__/
Q17	Le coût de consultation varie-t-il d'un patient à un autre?	2. Non 3. Oui	/__/
Q18	Comment qualifiez-vous les frais de consultations?	4. Moins coûteux 5. Raisonnable 6. coûteux 7. Très coûteux	/__/
Q19	Comment qualifiez-vous les frais de soins/analyses?	4. Moins coûteux 5. Raisonnable 6. coûteux 7. Très coûteux	/__/
Q20	Comment qualifiez-vous les frais de médicaments?	4. Moins coûteux 5. Raisonnable 6. coûteux 7. Très coûteux	/__/
Q21	Les prestations des services de soins sont-elles disponibles 24H /24H	0. Non 1. Oui	/__/
Q22	Sinon, quels sont les heures d'ouverture et de fermeture des services	Heures d'ouverture : _____ Heures de fermeture : _____	
Q23	Existe-t-il un processus d'identification des indigents au sein de la communauté	2. Non 3. Oui	/__/

Q24	Si oui, lequel	_____	
Q25a	Y a-t-il un système formel en place qui dispense les indigents de payer/réduire les frais (consultation, analyse, hospitalisation)	2. Non 3. Oui	__
Q25b	Justifiez votre réponse	_____	

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE A LA POPULATION

NUMERO D'ORDRE DU GUIDE|__|__|__|__|

IV- IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____	__ __
COMMUNE _____	__ __
QUARTIER DE VILLE/VILLAGE _____	__ __
MILIEU DE RESIDENCE 1 = URBAIN 2 = RURAL	__
NOM ET PRENOM(S) _____	
Sexe : 1= Masculin 2 = Féminin	__
AGE AU DERNIER ANNIVERSAIRE _____	__ __
NIVEAU D'INSTRUCTION : 0 = ANALPHABETE 1 = PRIMAIRE 2 = SECONDAIRE 1 3 = SECONDAIRE 2 4 = SUPERIEUR 5 = ALPHABETISE 6 = AUTRE (PRÉCISER) _____	__
DATE D'INTERVIEW __ __ __ __ 2013	
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR _____	

II. CONNAISSANCE DE LA COMMUNAUTE

N°	Questions	Réponses	Codes
Q1	Quelle est votre activité principale ?	1. Agriculture 2. Pêche/Élevage/Chasse 3. Transformation agro-alimentaire 4. Commerce et restauration/bar 5. Artisanat (couture, coiffure, ...) 6. Fonctionnaire public-privé 7. Auto-emploi formel (avocat, notaire, chef d'entreprise...) 8. Sans emploi 9. Retraité 99. Autres (à préciser) : _____	/__ /
Q2	Quel le nombre de personnes que vous avez à votre charge	/__ / __ / __ /	
Q3	Quelle est votre religion?	1. Chrétienne 2. Musulmane 3. Traditionnelle 4. Aucune 99. Autres (à préciser) _____	/__ /

N°	Questions	Réponses	Codes
Q3	Avez-vous souvent des malaises?	2. Non 3. Oui	/__ /
Q4	Quelles sont les malaises dont vous souffrez souvent?	f. Maux de têtes g. Maux de ventre h. Blessure i. Corps chaud j. Autres malaises à préciser _____ _____	1. Non 1. Oui /__ / (a) /__ / (b) /__ / (c) /__ / (d) /__ / (e)
Q5a	En cas de malaise, quelles sont les dispositions que vous prenez ?	f. Utilisation des recettes personnelles g. Achat de médicament au marché h. Consultation d'un guérisseur traditionnel i. Recours à une clinique privée /centre de santé /hôpital de zone etc... j. Autres à préciser _____ _____	1. Non 1. Oui /__ / (a) /__ / (b) /__ / (c) /__ / (d) /__ / (e)

Q5b	Donnez les raisons de votre choix _____ _____		
Q6a	Avez-vous été satisfait(e) de la qualité des services?	0. Non 1. Oui	/__/
Q6b	Donnez les raisons de votre réponse _____ _____		
Q7a	Vous arrive-t-il de vous êtes rendu chez tradithérapeutes?	0. Non 1. Oui	/__/
Q7b	Si oui; quand _____ _____		
Q8	Si non, est-ce que c'est à cause :	a. la fiabilité des soins b. la qualité des soins c. l'accès difficile aux soins d. autre raison à préciser _____ _____	0. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d)
Q9a	Quelles sont les critères de choix de chacun des itinéraires thérapeutiques?	a. Coût b. Accessibilité c. Confiance (confidentialité) d. Autres à préciser _____ _____	0. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d)
Q9b	Donnez les raisons de votre réponse _____ _____		

III - DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET QUALITE DES PRESTATIONS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q11a	Quelle est la qualité de la relation que vous observez entre tradithérapeute et médecin?	5. Mauvaise 6. bonne 7. Très bonne 8. Autres à préciser _____ _____	/__/
Q11b		Sur quels éléments fondez-vous votre _____ _____ _____	

	appréciation?	_____	
Q12a	Les tradithérapeutes et médecin utilisent-ils des fois leurs savoirs réciproquement pour la prise en charge d'un patient?	0. Oui 1. Non	/__/
Q12b	Si oui, dans quelles conditions	_____ _____	
Q13a	Si non, pourquoi?	_____ _____	
Q14a	Le médecin ou tradithérapeute vous envoient-ils des fois vers d'autres systèmes de santé?	0. Non 1. Oui	/__/
Q15a	Si oui, dans quel cas?	a. Maladie grave b. Maladie incurable c. Problème culturel d. Autres à préciser _____	0. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d)
Q15b	Justifiez votre réponse	_____ _____	
Q16	Quelles sont vos exigences pour l'amélioration des politiques de santé publiques en ce qui concerne le suivi des patients?	_____ _____ _____ _____	

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX PRATICIENS DE LA MEDECINE TRADITIONNELLE

NUMERO D'ORDRE DU GUIDE|_|_|_|_|

V- IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____	_ _ _
COMMUNE _____	_ _ _
QUARTIER DE VILLE/VILLAGE _____	_ _ _
MILIEU DE RESIDENCE 1 = URBAIN 2 = RURAL	_
NOM ET PRENOM(S) _____	
Sexe : 1= Masculin 2 = Féminin	_
AGE AU DERNIER ANNIVERSAIRE _____	_ _ _
NIVEAU D'INSTRUCTION : 0 = ANALPHABETE 1 = PRIMAIRE 2 = SECONDAIRE 1 3 = SECONDAIRE 2 4 = SUPERIEUR 5 = ALPHABETISE 6 = AUTRE (PRÉCISER) _____	_
DATE D'INTERVIEW _ _ _ _ 2013	
NOM DE L'ENQUÊTRICE/ ENQUÊTEUR _____	

II – CONNAISSANCE DE LA COMMUNAUTE

N°	Questions	Réponses	Codes
Q1	Quelle est votre activité principale ?	1 Agriculture 2. Pêche/Élevage/Chasse 3. Transformation agro-alimentaire 4. Commerce et restauration/bar 5. Artisanat (couture, coiffure, ...) 6. Fonctionnaire public-privé 7. Auto-emploi formel (avocat, notaire, chef d'entreprise....) 8. Sans emploi 9. Retraité 99. Autres (à préciser) : _____	_ / _ / _
Q2	Quel le nombre de personnes que vous avez à votre charge	_ / _ / _ / _	

N°	Questions	Réponses	Codes
Q3	Quelle est votre religion?	1. Chrétienne 2. Musulmane 3. Traditionnelle 4. Aucune 99. Autres (à préciser) _____	/__/

N°	Questions	Réponses	Codes
Q4	Connaissez-vous les termes : médecine traditionnelle, médecine moderne?	4. Non 5. Oui	/__/
Q5	Définissez-les : Médecine traditionnelle Médecine moderne	1-	
		2-	
		3-	
		4-	
		5-	
Q6	Connaissez-vous le DM?	1.Non 2.Oui	/__/
	Quelles sont les éléments qui constituent le DM et quelles sont vos appréciations?	1.	
		2.	
		3.	
Q7a	En cas de malaise, quelles sont les dispositions que vous prenez ?	k. Utilisation des recettes personnelles l. Achat de médicament au marché m. Consultation d'un guérisseur traditionnel n. Recours à une clinique privée /centre de santé /hôpital de zone etc... o. Autres à préciser _____ _____	2. Non 1. Oui /__(a) /__(b) /__(c) /__(d) /__(e)
Q7b	Donnez les raisons de votre choix _____		
Q7c	Différents itinéraires thérapeutiques des populations de Cotonou		
Q7d	Donnez les raisons de votre réponse _____		
Q8a	Entend que guérisseur traditionnel comment faites-vous le suivi du patient?		

Q8b	Donnez les raisons de votre réponse	
Q9a	Rapports et relations entre les différents praticiens	
Q9b	Donnez les raisons de votre réponse	
Q10	Normes à mettre en œuvre pour l'éradication des conflits : <ul style="list-style-type: none"> - Normes institutionnelles par rapport à l'existence la médecine traditionnelle au Bénin - Normes et règlements votés par l'Association des tradipraticiens - Normes pour éradiquer les conflits en votre sein - Au sein de la collaboration avec ceux de la médecine moderne 	

III – DISPONIBILITE DES SERVICES DE SANTE ET QUALITE DES PRESTATIONS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q10 a	Quelles appréciations faites- vous sur la disponibilité des services de soins?	9. Médiocre 10. Passable /acceptable 11. Assez-bien 12. Bien 13. Très bien	/__/
Q10 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?		
Q11 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité des prestations services ?	11. Médiocre 12. Passable /acceptable 13. Assez-bien 14. Bien 15. Très bien	/__/
Q11 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?		
Q12 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité des services en matière de ressource humaine ?	11. Médiocre 12. Passable /acceptable 13. Assez-bien 14. Bien 15. Très bien	/__/
Q12	Sur quels éléments		

b	fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q13 a	Quelles appréciations faites- vous sur la qualité du système sanitaire en matière de gestion des médicaments?	11. Médiocre 12. Passable /acceptable 13. Assez-bien 14. Bien 15. Très bien	
Q13 b	Sur quels éléments fondez-vous votre appréciation?	_____	
Q14 a	Quelles appréciations faites- vous sur le temps d'attente à la maternité/dispensaire?	5. Moins de 10 min 6. Entre 10 min et 30 min 7. Entre 30 min de 1h 8. Plus d'une heure	/__/
Q14 b	Donnez les raisons de votre choix	_____	

IV – ACCESSIBILITE DES SERVICES DE SOINS

N°	Questions	Réponses	Codes
Q15	A quelle distance se trouve la première formation sanitaire la plus proche	/__/_/__/__/_/km	
Q16	Un paiement officiel est-il exigé avant une consultation?	4. Non 5. Oui	/__/
Q17	Le coût de consultation varie-t-il d'un patient à un autre?	4. Non 5. Oui	/__/
Q18	Comment qualifiez-vous les frais de consultations?	8. Moins coûteux 9. Raisonnable 10. coûteux 11. Très coûteux	/__/
Q19	Comment qualifiez-vous les frais de soins/analyses?	8. Moins coûteux 9. Raisonnable 10. coûteux 11. Très coûteux	/__/
Q20	Comment qualifiez-vous les frais de médicaments?	8. Moins coûteux 9. Raisonnable 10. coûteux 11. Très coûteux	/__/
Q21	Les prestations des services de soins sont-elles disponibles 24H /24H	2. Non 3. Oui	/__/

Q22	Sinon, quels sont les heures d'ouverture et de fermeture des services	Heures d'ouverture : _____	
		Heures de fermeture : _____	
Q23	Existe-t-il un processus d'identification des indigents au sein de la communauté	4. Non 5. Oui	/__/
Q24	Si oui, lequel	_____ _____	
Q25a	Si non : Est-ce la base de l'orientation des patients vers les thérapeutes?	_____ _____ _____	
Q25b	Justifiez votre réponse	_____ _____	
Q26	Vos suggestions	_____ _____	