



ENTRE FORMEL ET INFORMEL : LE VISAGE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS MATERNELS ET CURATIFS EN MILIEU ADJAFON DU DEPARTEMENT DU COUFFO AU BENIN

BETWEEN FORMAL AND INFORMAL: THE FACES OF THE SUPPLY AND DEMAND OF MATERNAL AND CURATIVE CARE IN THE ADJAFON ENVIRONMENT OF THE COUFFO DEPARTMENT IN BENIN

¹AKPI Eric Ayédjo, ²GNAHOUI Léontine Elisabeth et ³KPATCHAVI Codjo Adolphe

¹ Assistant de recherche, Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA), Université d'Abomey-Calavi (UAC), ericakpi@gmail.com
SINSIN Cory Gbèdodé, Doctorante, Ecole Doctorale Pluridisciplinaire d'Abomey-Calavi, Université d'Abomey-Calavi (UAC), sirysona@gmail.com

² Assistante de recherche, Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA), Université d'Abomey-Calavi (UAC), nawena.gel@gmail.com

³ Enseignant-Chercheur, Professeur Titulaire des Universités, Université d'Abomey-Calavi (UAC), kpatchaviadolphe@yahoo.com

AKPI Eric Ayédjo, SINSIN Cory Gbèdodé, GNAHOUI Léontine Elisabeth et KPATCHAVI Codjo Adolphe, Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 43-64, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 05:50:15, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=128>

Résumé

Dans le Couffo les indicateurs de santé demeurent faibles malgré que les systèmes locaux de santé (SYLOS) aient bénéficié du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) de la Coopération Technique Belge

(Enabel). Par exemple, le taux de fréquentation des formations sanitaires publiques étaient de 31,1% en 2016, 33,8% en 2017. De ces statistiques, il ressort que les services de soins maternels et curatifs sont les moins demandés par les populations. Partant de ce constat, cet article s'est proposé de documenter les caractéristiques de l'offre et les déterminants de la demande de soins maternels et curatifs dans le département du Couffo. Par une démarche qualitative, la recherche a porté sur 160 enquêtés regroupant les acteurs de l'offre formelle et privée (formelle/informelle) de santé et des acteurs de la demande. Ceux-ci sont interviewés moyennant les techniques d'entretiens semi-directifs individuels, le focus group, l'enquête par procuration et l'observation directe. L'enquête a identifié des dysfonctionnements structurels et organisationnels au niveau des SYLOS. Il ressort aussi que, par le moyen de leurs dysfonctionnements, les systèmes locaux de santé « fabriquent » les acteurs du secteur informel en les dotant directement ou indirectement de savoir-faire médicotéchniques. Ces derniers disposent ainsi en plus de leur savoir-faire culturel des connaissances médicales leur permettant d'offrir une prise en charge holistique et adaptée aux populations les

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

plus pauvres. Il serait bénéfique de repenser la gouvernance des SYLOS en mettant l'accent sur la collaboration avec les acteurs du secteur privé pour lever les barrières d'accès aux soins de santé.

Mots clés : Bénin, système Local de Santé, dysfonctionnements, soins informels, accès aux soins

Abstract

In Couffo, health indicators remain weak despite the fact that the local health systems (SYLOS) have benefited from the Support Program for the Health Sector (PASS) of the Belgian Technical Cooperation (Enabel). For example, the attendance rate of public health facilities was 31.1% in 2016, 33.8% in 2017. From these statistics, it appears that maternal and curative care services are the least requested by the populations. Based on this observation, this article sets out to document the characteristics of the supply and the determinants of the demand for maternal and curative care in the Couffo department. Using a qualitative approach, the research involved 160 respondents bringing together actors in the formal and private (formal / informal) health care offer and demand actors. They are interviewed using the techniques of semi-structured individual interviews, focus group, proxy survey and direct observation. The investigation identified structural and organizational dysfunctions at the SYLOS level. It also emerges that, through their dysfunctions, the local health systems "manufacture" the actors of the informal sector by providing them directly or indirectly with medico-technical know-how. In addition to their cultural know-how, the latter thus have medical knowledge enabling them to offer holistic and appropriate care to the poorest populations. It would be beneficial to rethink the governance of SYLOS by emphasizing collaboration with private

sector actors to remove barriers to access to health care.

Keywords: Benin, local health system, dysfunctions, informal care, access to health care

INTRODUCTION

L'organisation des systèmes de santé en Afrique remonte pour l'essentiel aux années 1920-1930 avec l'héritage colonial dans les colonies françaises et des prestations fortement marquées du service de santé des armées (P. Jacquemot, 2012, p. 95). Ces systèmes ont reçu de multiples restructurations tant sur le plan national qu'international en fonction des enjeux sanitaires auxquels ils ont été confrontés. La nécessité du modèle du district s'est imposé dans les années 1980¹, dans l'optique de parvenir aux objectifs de Soins de Santé Primaire (SSP) énoncés trois ans plus tôt à Alma-Ata en 1978 et celui de « santé pour tous » énoncé sept ans plus tard à Harare en 1987. Ainsi, au Bénin comme dans plusieurs autres pays, les systèmes de santé sont conçus sous une forme pyramidale en bas desquels les Zones Sanitaires (ZS) constituent les entités opérationnelles les plus décentralisées et où les centres de santé de premier contact constituent les portes d'entrée dans le système de santé². Ces systèmes de santé sont censés assurer la Couverture Universelle de Santé (CUS). L'idéal recherché en adoptant la vision de la CUS, était que l'ensemble de la population soit en mesure de recevoir les soins de qualité dont elle a besoin et ce, à un coût qui ne l'appauvrit pas (E. Ngabire, 2013, p. 2), et d'une accessibilité géographique optimale. Loin de s'opérer radicalement, c'est par un processus transitionnel que chaque pays tente d'y parvenir.

¹Rapport de la conférence régionale de Dakar (2013)

²Plan National Stratégique de Développement des ressources humaines en santé, 2009, p. 15

Dans les pays en développement comme les Bénin, la couverture universelle de santé s'exprime autrement à travers plusieurs secteurs. En milieu Adja-fon du Couffo où la présente recherche s'est déroulée, les acteurs font usages, pour les questions de maladie et de grossesse, de ces différents secteurs en fonction de leur perception, des facteurs culturels, sociologiques et géographiques (F. Bourdier, 2015, p. 82).

Le secteur populaire est plus important pour l'individu adja-fon surtout en matière de gestion de grossesse et de maladie de fait qu'il est en interaction avec son entourage proche. Dans ce secteur, l'individu fait recours à l'automédication et à la pharmacopée locale. Le traitement est basé sur le constat et l'expérience empirique (P. Joly *et al.*, 2005, p. 543). Ce secteur est fréquenté souvent au même titre que le secteur traditionnel dans lequel opèrent des spécialistes non professionnels. Il inclue les guérisseurs traditionnels, les tradi-praticiens, les vendeurs ambulants de médicaments et les prestataires privés informels (P. Jacquemot, 2012, p. 97). Bref, il est « l'ensemble des pratiques qui divergent de celles reconnues par les instances représentant le système national de santé » (P. Bourdier, 1995, p. 2). Certaines de ses composantes sont proches du secteur populaire, d'autres proches du secteur professionnel. Le secteur officiel de soins est celui des professions de santé organisées (C. A. Kpatchavi, 2011, p. 135). Il s'impose le plus, en raison principalement de son haut degré d'institutionnalisation. De ce secteur, n'est souvent pas perçu l'ensemble du système de soins (P. Joly, 2005, p. 543).

En milieu Adja-fon du Couffo, il est constaté que ce dernier secteur est moins bien fréquenté par les populations. En effet, en 2015, il ressort des statistiques que beaucoup d'indicateurs sont maintenus dans une tendance baissière sur trois années consécutives. À titre illustratif, on peut citer la fréquentation des services de santé par les enfants de 0-5 ans estimé à 65,44%. Ce chiffre est en nette régression depuis 2013 où le

taux avait atteint 72,8%, avant de chuter dès 2014 à 69,4%³.

En 2017, la performance sanitaire du Couffo demeure faible. L'appui du Programme d'Appui au Renforcement des Zones Sanitaires (PARZS) a produit les outputs ci-après : taux de fréquentation des formations sanitaires publiques 31,1 % en 2016, 33,8% en 2017 ; taux d'accouchement par du personnel qualifié 54% en 2016, 56,6% en 2017⁴. Les centres de santé d'arrondissement (CSA) de Bétoumey, de Gnizounmè, d'Adjintimey et de Tchi-Ahomadégbé font partie de ces formations sanitaires ayant enregistré les faibles performances. Au regard de ces faits, le présent article tente de répondre au questionnement fondamental suivant : Quelles sont les caractéristiques de l'offres et les déterminants de la demande de soins curatifs et des services d'accouchements en milieu Adja fon du Couffo ? Il s'appuie sur une méthodologie essentiellement qualitative pour ce fait

1. Outils et méthodes

1.1. Présentation de la zone d'étude

D'une superficie de 2404 km² et situé au sud-ouest de la République du Bénin, le département du Couffo compte six communes à savoir : Aplahoué, Djakotomey, Dogbo, Klouékanmé, Lalo et Toviklin regroupées en deux zones sanitaires. Ces deux zones représentent les Systèmes Locaux de Santé (SYLOS) du département. Elles sont constituées d'un réseau de services publics de premier contact (UVS : maternités et dispensaires isolés, centres de santé) puis des formations sanitaires privées et confessionnelles ; le tout appuyé par des hôpitaux de première référence (HZ). Ceux-ci sont publics et destinés à desservir toute la population du Couffo.

³ Ministère de la santé Bénin

⁴ Ministère de la santé Bénin

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

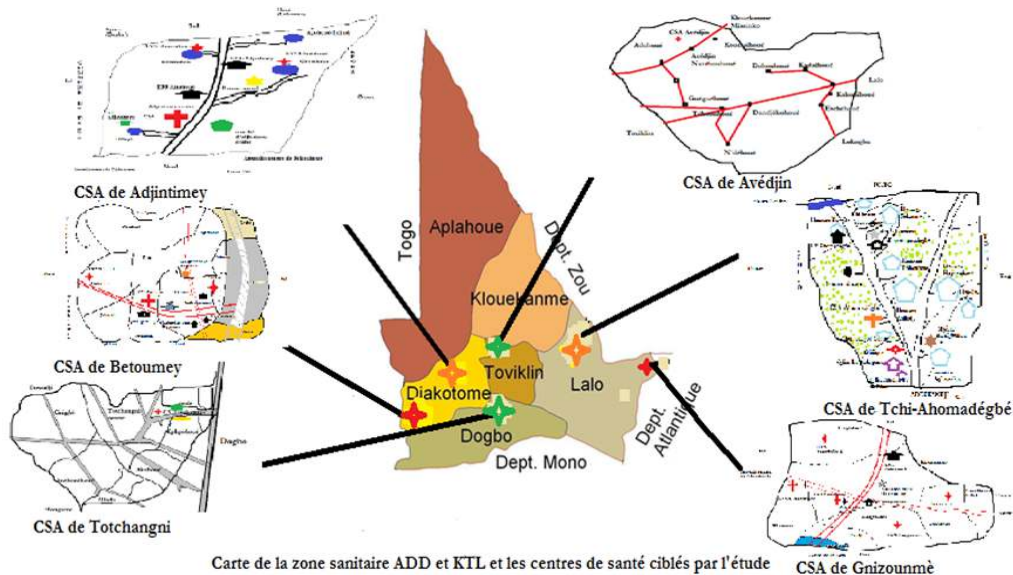
La population du Couffo est estimée à 773 954 habitants en 2014 et est dominée par les ethnies Adja et fon parlé sous plusieurs dialectes (Tchi, Mahi). Tous ces groupes sociolinguistiques sont pourvus de la même organisation sociale patriarcale. Leur activité principale se résume essentiellement à l'agriculture (culture de maïs, de coton, de haricots et de produits maraichères).

L'étude s'est déroulée de décembre 2018 à juin 2019 dans les deux zones sanitaires du Couffo

et dans quatre arrondissements à savoir : Adjintimey, Betoumey dans la zone sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo puis Gnizounmè, Tchi-Ahomadégbé dans la zone sanitaire Klouékanmey-Toviklin-Lalo.

La carte indicative ci-dessous montre la localisation des centres de santé ciblés par la présente recherche dans le département du Couffo.

Carte n°1 : Présentation des sites d'enquête



Source : Institut National de la statistique et de l'analyse économique, 2016 ; Conception et réalisation : Éric AKPI, Décembre 2019

1.2. Groupes cibles et techniques de collecte des données

La collecte des données constitue la charpente de toute recherche. Pour la présente étude, les sources de données secondaires et primaires ont été utilisées. La recherche documentaire dans les centres de documentation et dans les bibliothèques du pays a concerné les livres, les articles, les revues, les données administratives, les mémoires, les thèses de doctorat, les registres de consultations prénatales ainsi que les rapports d'étude ayant pour centre d'intérêt

la problématique de l'accès aux soins de santé. Les recherches sur internet ont été d'un apport important.

Cette documentation a permis de cerner davantage les contours du sujet et de façon judicieuse, les concepts clés à utiliser afin de mieux comprendre la problématique développée.

Les données primaires sont celles issues des enquêtes de terrains constituées des observations, de l'administration des questionnaires et des entretiens.

Une grille d'observation a été mise au point. Cette phase a permis d'observer l'état des infrastructures sanitaires, l'état des voies routes, des équipements sanitaires, le comportement du personnel vis-à-vis des femmes enceintes, l'attitude de ces femmes par rapport aux agents de santé, le temps mis pour être reçues, l'accueil qui leur est réservé.

Pour obtenir les données qualitatives, des entretiens semi-directs ont été menés auprès de sept agents de santé. Ce qui a permis d'avoir des informations détaillées et d'approfondir les investigations sur le sujet de recherche. (Tableau n°1).

Tableau n°1: Agents de santé interviewés

Centre sanitaire	Agents de santé interviewés
USP Faré	1
USP Kountoire	1
USP sadori	1
USP payoka	1
USP Nali	1
USP Tchanaga	1
USP Tchamonga	1

Source : Enquêtes de terrain, novembre 2018

Comme l'indique le tableau n°1, les interviews ont été menées avec les agents de santé des USP (Unité de Soins Périphériques) des localités enquêtées. La prise en compte des agents de santé a permis d'avoir des informations sur le degré de fréquentation.

Les interviews ont été complétées par une enquête par questionnaire. Ces questionnaires ont pris en compte la répartition des centres de santé et celle des agents de santé, des renseignements sur les agents de santé, les services offerts dans les maternités, les consultations prénatales, les soins pendant et après l'accouchement. La collecte a concerné une femme enceinte par ménage. Pour plus d'efficacité, il a été privilégié les femmes enceintes de 5 à 7 mois. Il a été montré que de 5 à 7 mois, les femmes enceintes ont déjà fait une consultation prénatale (CPN) dans un centre de santé (Ministère de la santé, 2015, p.53).

L'enquête s'est déroulée du 5 septembre 2017 au 12 février 2018. Elle a porté sur sept localités (Carte n°1) des 16 cantons de la préfecture de l'Oti en tenant compte des critères de la distance parcourue, de la répartition spatiale des centres de santé, du temps qu'un patient met pour atteindre le centre de santé, de l'inexistence des centres de santé, de l'éloignement de la population des centres de santé.

Les femmes enceintes constituent la population cible. Pour avoir la taille de l'échantillon, il a été appliqué la formule inspirée de SCHWARTZ D. (1969):

$$n = \frac{t_{\alpha}^2 p(1-p)}{d^2} (1+a)$$

t_{α} est le quantile d'ordre $1-\alpha$ avec α le niveau de confiance que l'on se fixe. En général, l'on prend ce niveau égal à 5%. ce qui correspond à 1,96 (arrondi à 2) pour la valeur de t_{α} ; p désigne la couverture des soins de santé des ménages dans la zone d'étude ($P=17,6\%$); a est le taux de non réponses anticipées qui équivaut à 10%. Pour cette étude la précision souhaitée est de 5%. Sur la base de ces calculs, le nombre (N) des enquêtés est de 245,13 qu'on a arrondi par défaut à 245 femmes enceintes, tiré au hasard à raison de 35 femmes enceintes par localité. Etant donné que ces femmes enceintes sont dans des ménages, il a été choisi une femme enceinte par ménage de façon aléatoire pour couvrir les 35 ménages par localité

1.3. Méthodes de traitement des données collectées

Les données quantitatives ont été saisies à partir du logiciel Csp7.4 puis transférées dans le logiciel SPSS 26.0 pour leur traitement et leur analyse. Ainsi, nous avons utilisé une analyse descriptive faisant référence à des types de structures sanitaires et d'agents de santé. Les résultats montrent la proportion du niveau de répartition spatiale des formations sanitaires et

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

la distribution des agents de santé, de l'état des équipements techniques des USP de l'Oti et les services offerts dans ces centres. Les tableaux et graphiques ont été produits dans Excel.

Les données qualitatives ont été traitées avec la technique de l'analyse de contenu dans le logiciel Nudiste 1.71. Des cartes thématiques ont été réalisées à partir du logiciel Arc GIS 3.2.

2. RESULTATS

2.1. Monographie succincte des sites

La recherche a ciblé les quatre centres de santé d'arrondissement marqués en rouge sur la carte (Gnizoumè, Betoumey, Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé). Le choix de ces différents centres de santé est basé sur le fait qu'ils ont

reçu l'appui financier et technique de la Coopération Technique Belge (CTB) à travers le Projet d'appui au renforcement des zones sanitaires (PARZS) entre 2012 et 2017. Cet appui vis le renforcement de la motivation du personnel à améliorer la qualité des soins reçus par les populations. En dépit de tous ces appuis, la fréquentation des formations sanitaires et l'utilisation des diverses prestations fournies n'ont pas sensiblement augmenté. Le tableau ci-dessous montre les indicateurs de performance de chaque centre de santé comparés à ceux d'autres centres dans le même département ayant fait une meilleure performance (centres de santé marqués en vert). Le tableau n°1 renseigne sur les indicateurs sanitaires des centres de santé ciblés par la recherche.

Tableau n°1: Indicateurs sanitaires par centre de santé d'arrondissement

Centres de santé sélectionnés	Taux de fréquentation pour soins curatifs	Taux d'accouchement	Raison de sélection	
Centre de santé d'arrondissement (CSA)	ZS Aplahoué-Dogbo-Djakotomey			
	Betoumey	7-15%	23-32%	Faible performance
	Adjintimey	14-24%	87-96%	Moyenne performance
Centre de santé d'arrondissement (CSA)	ZS Klouékanmè-Toviklin-Lalo			
	Gnizoumè	9-15%	21-26%	Faible performance
	Tchi-Ahomadégbé	33-34%	88-132%	Moyenne performance

Source : Enabel, 2017

Il ressort du tableau n°1 que deux CSA à faible performance (Betoumey et Gnizoumè) et deux CSA à moyenne performance (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé) ont été ciblés par zone sanitaire.

2.2. Structuration de l'offre publique formelle de soins maternels et curatifs

La Zone Sanitaire 1 qui regroupe Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ZS ADD) occupe la partie ouest du département du Couffo. Elle a une superficie de 1458 km², soit les 2/3 de la superficie totale du département. On y

dénombre au total 39 formations sanitaires publiques.

La Zone sanitaire 2 composée de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (ZS KTL) s'étend sur une superficie de 828 Km². Elle occupe la partie Est du département du Couffo. Cette zone sanitaire est aussi couverte d'infrastructures sanitaires. On dénombre dans la Commune de Klouékanmè huit centres de santé communaux et d'Arrondissement, une maternité isolée et un dispensaire isolé. À Toviklin, il y a sept centres de santé communaux et d'Arrondissement et une maternité isolée. Cette zone sanitaire compte onze centres de santé communaux et

d'arrondissement, une maternité isolée et un dispensaire isolé. En outre, il existe un Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) implanté dans la Commune de Lalo par le Programme National de lutte contre l'ulcère de Buruli.

Dans chaque commune, il existe un hôpital de référence qui dessert l'ensemble de toutes les formations sanitaires en qualité de premier niveau de référence qui représente la base de la pyramide sanitaire du Bénin. Chaque ZS est gérée par un Médecin Coordonnateur (MC) de zone appuyé par une Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire (EEZS) et les Comités de Santé (CS). Ces comités de santé sont démembrés au niveau des centres de santé communaux et d'Arrondissement par un Comité de Gestion de centre de santé (COGECS ou COGEA).

2.3. Prise en charge de maladies, de grossesse et gestion d'accouchement en milieu adja-fon

La demande des services de santé en milieu adja-fon du Couffo est fortement influencée par les représentations sociales de la maladie. Selon les propos recueillis, la maladie y est d'ailleurs perçue comme une fatalité, un châtement des dieux à qui les individus ont prêté allégeance et dont ils n'auraient pas respectés les interdictions. Les propos suivants illustrent ce fait : « [...] *ce ne sont pas toutes les maladies qui vont à l'hôpital, parfois il y a l'esprit du vodun de la famille qui dérange quand quelque chose ne va pas* » (Propos recueillis lors d'un focus group mixte ZS KTL). Un autre renchérit et ajoute : « [...] *par exemple un enfant qui n'appartient pas normalement à une famille et dont sa mère a menti sur sa paternité peut faire plusieurs rechute de paludisme [...] les agents de santé ne peuvent pas le guérir* » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les femmes ZS KTL).

Ces différentes perceptions ont structuré les types d'offre de soins de santé chez les adja-fon.

Ainsi, la prise en charge des maladies et grossesse est assurée à travers trois principaux registres dont le registre populaire, le registre traditionnel, et le registre officiel ou professionnel.

Cette multiplicité de l'offre de soins disponibles, rend pleinement fonctionnel le pluralisme thérapeutique en milieu *Adja-fon*. En cas de maladie, et ce, qu'elle soit grave ou non, l'espace socio-familial constitue le premier espace de soins selon 95% des hommes et femmes ayant participé aux focus group. Les proches du malade posent le diagnostic et décident de la thérapie à suivre en fonction de l'interprétation qui sera donnée de la maladie. Les formes simples des maladies courantes telles que le paludisme, la fièvre typhoïde et les maladies diarrhéiques sont prises en charge dans la sphère familiale avec le recours à la pharmacopée traditionnelle et à l'automédication (usages de médicaments procurés sur le marché parallèle ou au centre de santé).

Les observations sur site ont permis d'identifier certains circuits de vente de médicaments informels. Il s'agit des marchés s'animant la nuit et souvent proches des centres de santé dans la zone sanitaire ADD ou encore dans la communauté auprès de certains vendeurs ayant fluctué leur stratégie de distribution. Les propos suivants illustrent ce fait : « maintenant ils ont peur que les forces de l'ordre les arrêtent donc si vous n'êtes pas un client fidèle, ils vous diront qu'ils n'en vendent plus [...] pour quelqu'un qu'ils connaissent, il te suffit de dire que tu voudrais acheter *bâfo* [maïs] et tu seras servi » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les hommes, ZS ADD). Les formes graves de maladies telles que le paludisme et la diarrhée font, quant à elles, appel à l'expertise des guérisseurs traditionnels, des pasteurs-guérisseurs des églises pentecôtistes, les prestataires de soins dans les centres de santé publics et les prestataires de soins informels ou « piqueurs sauvages ». Environ 90% des usagers ont déclaré avoir fait recours à la

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

phytothérapie locale et à l'automédication avant d'aller au centre de santé où chez d'autres spécialistes si le mal persiste.

Les raisons pour lesquelles le pluralisme est fonctionnel et adopté à un grand nombre d'individus dans ce milieu sont diverses. D'abord les expériences vécues ou rapportées d'échecs de soins dans une formation sanitaire surtout publique amènent les populations à s'enfermer dans l'automédication en cas de maladie.

« Moi je n'ai pas trop confiance en les agents de santé parce qu'ils ne savent pas traiter les gens comme les piqueurs ambulants [...] Je n'aime pas aller dans le centre de santé public » (Propos recueillis lors d'un focus group avec les femmes, ZS KTL)

Ensuite, les raisons financières, religieuses et culturelles sont réputées influencer ces recours comme énoncé par un autre enquêté :

« Eux [les prestataires de soins informels], ils travaillent pour la population à crédit et ils ont la possibilité de payer après. Alors qu'au centre de santé, s'ils n'ont pas l'argent

Photo n°1: Position du cabinet de soin non autorisé "chez Djima" par rapport au CSA de Gnizoumè



pour venir et même s'ils viennent on ne les accueille pas bien » (Entretien avec membre COGES_CSA Gnizoumè, décembre 2018).

À l'instar de la gestion de maladie, il en ressort un « bricolage » entre les deux types de savoirs pour la gestion de la grossesse et de l'accouchement. Plusieurs instances (sociales et religieuses), telles que les camps de prières, les cabinets de soins non autorisés, gérés par les autochtones, d'ailleurs préexistantes aux centres de santé publics, sont impliquées dans le suivi de grossesse et l'accouchement chez les *adja-fon*. Les prestataires de soins dans ces espaces ont regard sur les rituels et pratiques (interdits alimentaires, vestimentaires etc.) permettant l'évitement d'éventuelles complications à l'accouchement. Par exemple, il est souvent prescrit une retraite dans des lieux de cultes (couvents, camps de prières pentecôtiste, églises célestes) aux parturientes. Les photos n° 1 et 2 illustrent un cabinet de soins informels situé à moins de dix mètres du centre de santé d'arrondissement de Gnizoumè offrant aux populations une pluralité des soins curatifs et des services d'accouchement.

Photo n° 2: Cabinet de soin privé "chez Djima" "



Source : Donnée de terrain, décembre 2018

Les photos (n°1 et n°2) ci-dessus montrent la position du cabinet de soin informel "chez Djima" offrant des soins traditionnels et

modernes curatifs et d'accouchements (encerclé à gauche en couleur rouge) par rapport au CSA de Gnizoumè (encerclé à droite en

couleur verte). Cet espace de soins est dissimulé dans une agglomération. La paillote représente la salle d'accueil ou d'attente des patients et accompagnants. Ce pluralisme de soin présent dans l'offre informelle de soins de santé influence négativement la fréquentation des centres de santé publics en milieu Adja-fon.

2.4. Typologie des dysfonctionnements des systèmes locaux de santé dans le Couffo

Cette typologie renseigne deux grandes catégories de dysfonctionnements : il s'agit des dysfonctionnements structurels et organisationnels.

2.4.1. Dysfonctionnements structurels

Trois dysfonctionnements structurels majeurs ont été identifiés. Par ordre d'importance, on peut citer l'absence de collaboration avec le secteur privé dans le système local de santé, le manque de personnel et les conditions de travail peu motivants.

• Absence de collaboration : un secteur privé réprimé

La conférence de Dakar sur le renforcement des systèmes de santé en Afrique a prévu dans sa septième recommandation le partenariat publics-privés. Celle-ci appelle les gouvernements à créer les conditions adéquates pour collaborer avec le secteur privé en définissant des politiques de partenariat, des recommandations, et des systèmes de financement qui offrent une perspective de collaboration⁵. Dans le Couffo, l'arène sanitaire présente un visage plutôt particulier. L'étude a révélé une quasi-inexistence des structures privées de soins formels. Il ressort des données empiriques que sur les quatre centres de santé, un seul (centre de santé Bétoumey) collabore de façon formelle avec un cabinet de soins privé. Le reste opère dans l'informalité ; mieux dans la clandestinité. Pourtant, ils fournissent aux populations une large partie des soins de santé.

Par observation et sur la base des discours des acteurs, il ressort qu'aucune mesure de promotion de ces cabinets de soins informels n'a été prise par les autorités compétentes en la matière. Un enquêté témoignant d'un fait qui s'est déroulé sous ses yeux affirme « Jusqu'à ce que le médecin chef a envoyé des gens pour qu'ils viennent fermer et ils ont brûlé son matériel [...] » (Autorité locale, KTL, décembre 2018). Ces propos relatent le fait que les autorités sanitaires ont ordonné, selon les discours aux forces de l'ordre de brûler le matériel de soins d'un prestataire de soins informels. Ceci traduit une absence de collaboration selon les enquêtés, la mauvaise volonté des acteurs du SYLOS à venir en aide aux populations. L'inexistence de cette collaboration qu'il y a lieu de qualifier d'« inter-offre » confère une mauvaise image aux formations sanitaires publiques et aux agents de santé qui y travaillent. À cela s'ajoute le manque de personnel.

• Insuffisance de personnel qualifié

Au regard des normes d'effectif des ressources humaines en santé érigées par le ministère de la santé du Bénin, il ressort que les quatre centres de santé visités ne disposent pas des effectifs requis, et de personnel qualifié suffisant. Le tableau n°2 renseigne sur la situation du personnel au niveau des quatre centres de santé.

⁵ Rapport de la conférence régionale de Dakar (2013)

Tableau n°2 : Situation du personnel dans les centres de santé

Arrondissements		Adjintimey	Betoumey	Gnizounmè	Tchi-Ahomadégbé	Total
Agents de santé	Qualification					
	Infirmier diplômé d'Etat	01	01	00	00	02
	Infirmier breveté ou de santé	01	01	00	01	03
	Sages-femmes	00	00	01	00	01
	Aides-soignants	02	04	02	02	10
	Aides-soignants stagiaires	05	03	01	03	12
Total par Centre de santé d'Arrondissement		09	09	04	06	28

Source : données de terrain, décembre 2018- janvier 2019

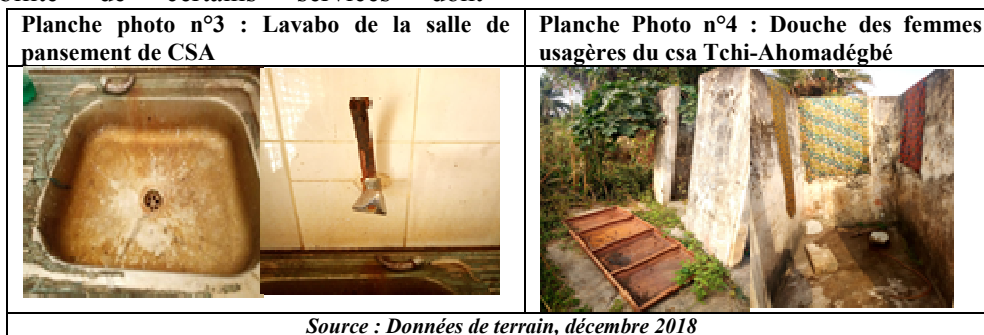
Selon ces normes indiquées dans le plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé (2009-2018), un Centre de Santé d'Arrondissement (CSA) requière : 1 Infirmier Diplômé d'Etat, 1 Sagefemme, 4 Infirmiers Brevetés, 4 Aide soignants, 1 Assistant d'hygiène et 5 personnels administratifs. Cet ensemble de personnels fait un total de 16 ce qui n'est pas le cas dans les CSA de Adjintimey, Betoumey, Gnizounmè et Tchi-Ahomadégbé à la date de l'enquête.

Ce manque du personnel, surtout qualifié entraine des dysfonctionnements : cumul des services, tenue des gardes allant jusqu'à 72h, substitution des aides-soignants et stagiaires aux agents de santé qualifié. Par exemple à Gnizounmè, la sage-femme responsable de la maternité est également responsable du dispensaire et s'occupe en même temps de la vérification des points financiers de la pharmacie. Cette situation déteint sur l'accueil, la qualité des soins et entraine la non disponibilité de certains services dont

essentiellement ceux des soins curatifs. En effet, les usagers assimilent cet état de chose à une incompétence des agents de santé.

•Cadre et conditions de travail peu motivants

Sur les quatre centres de santé visités, trois sont sans électricité avec pour certains des dispositifs d'éclairage défectueux (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé et Gnizounmè). Deux ne disposent pas d'eau courante (Adjintimey et Tchi-Ahomadégbé). Aussi, l'observation *in situ* a révélé que les locaux abritant les dispensaires et les maternités ne sont pas entretenus. Certaines résidences et toilettes (douches et latrines) sont mal entretenues et d'autres abandonnées. Des images des certaines salles de consultation, d'observation, de pansement et de dilatation justifient cette affirmation. La planche de photos n°3 montre l'état du lavabo du dispensaire du centre de santé de Betoumey et la planche n°4 la douche des femmes usagères de la maternité du centre de santé de Tchi-Ahomadégbé.



Ces illustrations rendent compte du caractère non attractif des locaux CSA et qui suscitent l'indignation parfois des agents de santé eux même.

De plus les lits installés dans ces salles sont délabrés. Les matériels de stérilisation et d'intervention sont vétustes et certains ne sont pas fonctionnels. La planche de photos n°5 illustre ce fait.

Planche Photo n°5 : chaines de froids non entretenu et lit d'observation délabré au CSA Tchi-Ahomadégbé



Source : *Données de terrain, décembre 2018*

Ces matériels non renouvelés sont source de démotivation chez le personnel soignant et parfois de non fréquentation chez les usagers. Or, les conditions de travail sont déterminantes dans la motivation du personnel au travail et constituent aussi des facteurs d'attractivité des usagers.

- **Dysfonctionnements organisationnels des soins**

Trois dysfonctionnements organisationnels majeurs ont été également identifiés par l'étude. L'offre est limitée avec des ruptures fréquentes de médicaments et d'intrants.

Parmi les intrants souvent en rupture, figurent les médicaments. Ces ruptures sont, selon les discours, dus à l'organisation de la distribution des produits pharmaceutiques. Pour les agents de santé et membres de comité de gestion, il s'agit d'un dysfonctionnement qu'on ne saurait comprendre en se focalisant uniquement sur le système local de santé mais en prenant en compte le circuit d'approvisionnement de

médicaments dans son ensemble à l'échelle nationale. Tous les quatre (04) centres de santé ont enregistré des ruptures de médicaments essentiels à la date de l'enquête (Quinine®, Amoxicilline®, albendazole®) en moyenne une à deux semaines.

La fréquence de ces ruptures constitue une limite pour le traitement des pathologies courantes. Il s'observe pour cette raison, l'adoption d'autre recours tels que l'automédication influencée par les marchés parallèles, l'offre privée formelle ou informelle, la pharmacopée traditionnelle, ou les soins domestiques, etc.), parfois en l'alternance entre le formel et l'informel.

En outre, l'absence au poste des agents de santé est récurrente.

Le personnel qualifié vit hors de l'aire de santé pour la plupart (4 sur 5). Il est aussi impliqué ou sollicité pour et dans des activités en dehors de prestations (réunions, ateliers ou séminaires de formation, etc.). Cette mobilité selon les usagers ne facilite pas une accessibilité relationnelle ; preuve de proximité, d'intégration et de sociabilité qui sont des déterminants de l'utilisation des services de santé, surtout les accouchements et la planification familiale. Ce vide créé laisse les centres de santé aux agents non qualifiés avec des dérives et des détournements vers le secteur informel.

Par ailleurs, nous notifiions une faible intégration sociale des agents de santé surtout qualifiés.

En dehors de l'indisponibilité des agents de santé surtout qualifiés, la question de leur manque d'intégration a été évoquée par les enquêtés en termes de leur assistance aux usagers et leur absence dans les événements sociaux (mariage, deuil, etc.). Ainsi, la non-participation du personnel aux funérailles de « Papa *Ledewa* » à Betoumey, feu donateur du terrain d'implantation du CS public fut un antécédent qui a un impact négatif sur la fréquentation. De même, l'expérience malheureuse de *Hoonon*, la femme du chef de village de Gnizounmè au CS public, ayant entraîné le décès de son bébé serait selon la

population due à l'indisponibilité d'un agent qualifié et à la négligence du personnel. Ces quelques exemples parmi tant d'autres sont des indicateurs de barrières relationnelles à l'utilisation des services de santé dans les formations sanitaires publiques. Par conséquent, les populations se tournent vers les prestataires de soins informels. Quels sont les déterminants du côté de la demande qui favorisent le recours à ces acteurs du secteur informel ? Quel est le profil du prestataire de soins informels ? Et quelles sont les stratégies de concurrence développées par ces derniers ? Les sections suivantes donnent des réponses à ces questionnements.

2.5 Déterminants du recours des populations aux prestataires de soins informels

2.5.1. Efficacité perçue des prestations informelles de soins : le pouvoir soignant des « injections »

Le métier du prestataire informel de soins consiste principalement à administrer des injections antipaludéennes aux malades au sein de la communauté. À l'opposé de ce qu'on peut observer dans un cadre réglementaire de soins dans les centres de santé, les prestations informelles de soins n'exigent pas de lourdes dépenses ni de protocole qui contraignent le malade à faire différents examens médicaux. Ils fondent leur diagnostic sur les symptômes de la maladie et prescrivent le traitement en fonction de celui-ci.

Les enquêtés (83 sur 105) déclarent avoir une perception « positive » des traitements des prestataires des soins informels du fait que ceux-ci ne soumettent pas les malades aux « formalités » tracassant. Souvent, l'efficacité perçue prend la forme d'une « efficacité réelle » et « vécue » en référence aux échecs de soins souvent vécus par les acteurs dans le système formel de soins. En effet, les acteurs fondent leur argumentaire sur la persistance de la maladie après de multiples recours au centre de

santé public ce que, une « simple » injection intramusculaire vient régler.

Aussi, des difficultés à faire face aux soins dans le système officiel de santé nécessitant parfois d'examen médicaux coûteux, découle la préférence des prestataires de soins informels par 44,76% des enquêtés. 59,04% enquêtés ont déclaré qu'ils préfèrent pour ce fait, le traitement symptomatique de leur problème de santé. Ce traitement symptomatique essentiellement basé sur l'injection, correspond aux situations financières des populations. Il faut également noter ici que ce n'est pas la biomédecine qui est rejetée, mais plutôt ces procédés que les individus jugent contraignant et coûteux.

• La proximité sociale des prestataires de soins informels aux populations : l'accueil et l'écoute qui guérissent

Lorsqu'on pose la question de savoir ce qui amène les individus à faire appel aux prestataires informels de soins, 98% des usagers enquêtés mentionnent en premier l'accueil. L'accueil revêt en effet, une dimension relationnelle complexe propre à l'environnement social des acteurs. Pour 51% des enquêtés, le bon accueil du malade marque le début de sa guérison, mieux ceci est une forme de « pré prise en charge ».

En outre, la notion de l'accueil en cache celle de l'écoute qui pour les acteurs est aussi, une forme de « soins ». Cette dimension thérapeutique de l'accueil et de l'écoute est accessible aux populations lorsqu'elles ont recours aux prestataires de soins informels. Ainsi, au-delà des « murs » dressés par la rigidité des normes biomédicales qui rendent l'accessibilité relationnelle difficile aux usagers dans la formation sanitaire publique, les prestations de soins informels constituent un service de voisinage adapté aux réalités sociologiques des populations.

Il convient également d'aborder l'accessibilité culturelle des populations aux soins auprès des prestataires de soins informels.

- **Se soigner par ses proches : accessibilité culturelle aux soins auprès des prestataires informels**

La demande de soins se fait sur fond de plusieurs facteurs qui combinent plusieurs approches (médicales et socioculturelles) de la santé. L'offre des prestataires informels de soins s'inspire tant de la biomédecine que des pratiques socioculturelles *adja-fon*.

L'injection intramusculaire par exemple est un acte sensible et délicat dont la pratique n'est pas souvent envisagée compte tenu de l'origine de la maladie. Cela est assujéti à la perception et à l'interprétation de la maladie par les populations qui s'expriment au travers des canons culturels.

Certains agents de santé 77% qui ont déclaré que les usagers qui se rendent au centre de santé se trouvent en confiance qu'à partir du moment où ils sont reçus par un agent de même origine culturelle qu'eux. Ceci témoigne de l'impact de la proximité culturelle comme déterminant de l'accessibilité voire de l'adhésion des acteurs aux soins de santé.

Une raison qui explique encore cette proximité culturelle est que, contrairement à l'agent de santé qui est constamment muté d'un poste à un autre et qui pour chacune de ses mutations, il acquiert le statut d'étranger, les prestataires de soins informels partagent la vie sociale des populations où santé et culture sont intrinsèquement liées. Ceci les rend éligible aux demandes de soins et leur confère une légitimité sociale bien plus que celle que le système officiel leur reconnaît.

- **Accoucher chez soi : un modèle sociologique des accouchements hors centres de santé**

En fait, traditionnellement l'accouchement est entouré de rites et de savoirs qui font des prestataires informels les seuls acteurs investis de ce rôle. Leur assistance est continuellement disponible et facile d'accès en contexte social. Les femmes enceintes se tournent vers les matrones aujourd'hui aides-soignantes dans le système local ; et qui sont toujours restés proches de leur communauté. Ces dernières font

valoir leur savoir-faire médical cumulativement à leur savoir-faire culturels. A titre illustratif, un agent de santé explique que :

« [...] J'ai rencontré une femme qui a accouché à la maison. Elle m'a dit que sa tante est de la santé ; et que c'est elle qui lui a fait l'accouchement à domicile. C'est sûr qu'elle serait une aide-soignante. [...]. Les femmes d'ici qui accouchent à la maison sont même aidées par des proches qui sont du domaine de la santé. [...] Ce n'est pas autre problème ; elles se disent qu'elles ont quelqu'un qui est du domaine de la santé en qui elles ont plus confiance. C'est dans leur tête » (Entretien avec agent de santé, janvier 2019).

L'accouchement devient un domaine d'« hybridation » des savoirs (médicaux et culturels), mieux d'appropriation des savoirs et technologies exogènes en milieu *Adja-fon*. Il véhicule un message complexe et des logiques incompatibles aux normes strictement médicales.

Ainsi, accoucher chez soi, rapproche l'accoucheur de la parturiente avec des acteurs connus en termes de matrone, de proche parent, en un mot par quelqu'un connu pour sa légitimité sociale en contexte plus large et hors des centres de santé, notamment publics.

Aussi, les accouchements hors centre de santé se font à partir des référents culturels spécifiques par rapport auxquels il devient un « acte » sacré qui requiert plus la participation des proches que d'un agent de santé très souvent « inconnu » et appartenant à une autre culture. Par conséquent, le choix des soins relatifs à l'accouchement obéit aux relations de confiance qui font place au respect des rites et pratiques autour de l'accouchement. Ces relations font place au respect des rites et pratiques² autour de l'accouchement. Un autre informateur confie que :

« Ma femme était allée récemment dans ce centre de santé pour accoucher et ils ont dit qu'il fallait référer le cas

puisque l'enfant avait déjà sorti un pied. Je les ai suivis jusque dans la zone et je voulais utiliser un produit pour ma femme pour qu'elle puisse accoucher rapidement et ils ont catégoriquement refusé puis ils ont ajouté qu'ils veulent forcément l'opérer [...] Moi, je ne voulais pas. J'ai donc fait tout possible pour que le truc touche la bouche de ma femme. Quelques minutes après, elle a accouché sans qu'elle ne soit opérée » (Leader religieux et praticien de la médecine traditionnelle, Décembre 2018).

Ce verbatim montre l'usage d'un savoir soutenu par un pouvoir culturel dans un contexte de complication d'accouchement dans le système local de santé. Dans le secteur informel de soins par contre, de telles logiques s'ouvrent et prennent en compte le relationnel, le spirituel, le religieux, le social, le culturel qui régissent le quotidien des acteurs dans ce domaine.

2.6. Métier du prestataire de soins informels : profil et trajectoire

Lorsqu'on cherche à comprendre le profil du prestataire de soins informels en milieu *adja-fon*, certaines caractéristiques similaires à l'ensemble des acteurs entrent en ligne de compte. En prenant par exemple la caractéristique « sexe », on constate que, hormis quelques matrones qui accouchent les femmes dans les hameaux les plus reculés, cette catégorie d'acteurs est quasiment constituée d'acteurs de sexe masculin. Ils sont d'appartenance religieuse variée : chrétien catholique, musulman, céleste, adepte de vodou etc. Près de 60% auraient exercé en tant que aide-soignant dans les centres de santé publics de leur localité ou d'ailleurs. Une autre catégorie est constituée d'élèves ayant obtenus leur brevet de premier cycle dans l'enseignement secondaire, des artisans de tout bord en reconversion professionnelle et ayant

appris le métier dans les cabinets de soins privés (formels et informels). Parmi eux, d'autres ont été des relais communautaires pour les programmes de paludisme, de tuberculose ou des courtiers pour les programmes de développement. Ils sont généralement d'origine linguistique *adja-fon*.

On distingue deux grandes catégories de prestataires de soins informels. La première catégorie est constituée du personnel paramédical encore en exercice dans les centres de santé. Ils sont très souvent disponibles, pendant que les agents qualifiés sont en déplacement. Dans cette catégorie, une sous-catégorie se distingue : il s'agit des aides-soignants stagiaires qui sont recrutés par les responsables des centres de santé communaux ou par le biais de la Direction Départementale de la Santé.

Leur non valorisation en termes de reconnaissance et de rémunération donne souvent lieu à des dérives telles que le rançonnement et la vente illicite de médicaments et le détournement des usagers vers les cabinets de soins informels. En effet, le détournement des usagers du centre de santé est l'une des trois stratégies utilisées par les prestataires de soins informels identifiées par cette recherche (Cf rubrique stratégies de concurrence avec le secteur formel de santé). La seconde catégorie regroupe des prestataires exerçant leur activité à titre libéral au sein de la communauté. Ceux-ci ne disposent d'aucune autorisation officielle ni de cadre réglementaire dans lequel ils pratiquent ce métier.

Par ailleurs, on distingue deux formes d'acquisition de savoirs thérapeutiques relatifs à leur prestation. La première repose sur la cohabitation des acteurs avec le système local de santé. Ils sont insérés à l'intérieur de ce système dans un contexte d'insuffisance de personnel qualifié, mais sont moins valorisés en termes de reconnaissance professionnelle et de rémunération. Jouant alors le rôle de personnel de soutien, ces derniers parviennent à la maîtrise des gestes techniques leur conférant une

légitimité aux yeux de la communauté. d'acquisition.
L'encadré n°1 suivant rend compte de ce type

Encadré n° 1: Il a eu à exercer dans un hôpital de l'Etat

[...] Il est d'origine nago, mais ce que je sais, c'est qu'il est venu à Gnizounmè depuis plus de vingt ans. Nous sommes très proches. Son charisme fait que tout le monde l'a rapidement accepté. Ils se sont installés avec sa famille, sa femme et ses enfants. Ceci a fait que, ils parlent tous adja et fon de telle manière qu'on dirait qu'ils sont d'ici. Il fait des soins gratuitement parfois et il te dit de partir quand tu iras bien, tu pourras lui payer, il est humain en fait. [...]

Il a eu à exercer dans un hôpital de l'Etat chez lui là-bas quand il était très jeune après son Certificat d'Etude Primaire donc lorsqu'il est venu ici je pense bien vers 1996 ou 97, il n'y avait pas de centre de santé de l'Etat dans l'arrondissement. Il fait les soins aux gens dans sa maison. Entre temps, les Unités Villageoises de Santé de plan Bénin ne fonctionnaient pas encore. [...] Il était pratiquement le seul au point où il était parfois débordé. [...] pour les gens de Gnizounmè, il leur fait les soins à la maison et pour les autres villages, lui seul ira à Tandji, Djibahoun, on va l'appelé à Hangbannoun, à Assogbahoué même à Zali. Tout le monde l'appelait Doto. Quand il est libre pendant la période des champs, il a son champ et il y va.

Après les gens d'ici eux même ont commencé par lui envoyer leur enfant pour qu'ils puissent apprendre le métier. Si ce n'est pas l'Etat qui a interdit maintenant que les gens ne fassent pas des soins sans autorisation, sa maison est remplie de jeunes hommes qui sont ses apprentis et à qui il donne des diplômes. A la fin, quand il les libère d'autres vont exercer ailleurs mais il emploie d'autres dans les villages reculés. Il est incontournable dans la zone. Il était là avant qu'ils viennent verser les premiers voyages de sable pour construire notre centre de santé (Entretien avec le chef de village de Gnizounmè)

Source : Données de terrain, Décembre 2018

Le prestataire de soins informels dont il s'agit dans cet encadré a acquis son savoir thérapeutique en tant que personnel paramédical auxiliaire de santé avec le Certificat d'Etude Primaire dans le système officiel de santé. Il s'est à un moment donné, senti capable de faire d'injections antipaludéennes pour les acteurs de sa communauté. Ce prestataire de soins informels jouit aujourd'hui d'une légitimité sociale au sein des communautés.

La seconde forme d'acquisition, se fait suivant l'« *apprentissage par empirisme*⁶ » autrement dit, le métier de prestataire informel de soins s'acquière comme toute autre activité artisanale. Ainsi, les individus s'inscrivent auprès d'un patron ayant appris le métier dans un centre de santé public ou privé en servant en tant qu'aide-soignant auxiliaire mais rarement en tant infirmier. Ce type d'acquisition est sanctionné une attestation de fin de formation. L'encadré

n°2 suivant restitue le cas d'un ancien responsable de cabinet de soins informels.

⁶ Terme emprunté à Bourdier 1995 pour désigner l'apprentissage de maître à disciple dans le secteur de soins informel en Inde.

Encadré n°2: Il m'a accepté comme on accepte qu'un apprenti apprenne un métier sous un patron

[...] Avant de revenir à Tandji ici faire ce métier, j'ai été agriculteur comme mon père et gérant de buvette à Lalo. Après, je suis allé au Nigéria [...] On peut dire que je suis un vrai polyvalent puisque là-bas j'ai fait beaucoup de choses aussi surtout dans l'électricité. Mais comme je devais me marier, je suis revenu au Bénin dans mon village. Je me suis dit qu'il faut maintenant faire quelque chose de stable et de rentable. C'est dans cette logique je suis allé rencontrer quelqu'un qui est bien dans le domaine et qui travaille encore au centre de santé de Klouékanmè en tant qu'aide-soignant. Je ne vais pas mentir sur ce point, celui-là c'est un chirurgien qui ne dit pas son nom. Il maîtrise tous les rouages du corps humain comme un mécanicien peut maîtriser l'intérieur du moteur d'un engin. Il fait des accouchements compliqués, traite des maladies que même les docteurs disent ne pas pouvoir traiter.

C'est donc toutes ces qualités que je reconnais à ce prestataire et les avantages qui sont liés à ce métier qui m'ont amené à vouloir être prestataire informel. Les médecins appellent le métier « les piqueurs sauvages » parce que là où eux ils seront en train d'hésiter entre médicaments et analyse, nous on règle cela par une injection [...].

[...] il m'a accepté comme on accepte qu'un apprenti apprenne un métier sous un patron. Et chaque fois je le vois faire. Je n'étais pas seul, il y en a plus de dix à mon époque sous sa supervision. A un moment donné, il a commencé par m'autoriser à faire des injections des petits soins. C'est ainsi, que petit à petit, j'ai appris le métier et je suis revenu, à la fin de ma formation m'installer à Tandji [...]. D'autres sont envoyés par notre patron dans d'autres villages où les gens n'arrivent pas à venir à l'hôpital (Entretien avec ancien prestataire de soins informels, Tchi Ahomadégbé)

Source : Données de terrain, Décembre 2018-Mai 2019

La considération de ces deux formes d'acquisition de savoir thérapeutique a amené à questionner les stratégies développées par les prestataires de soins informels.

Cet enquête rapporte son itinéraire de vie et les raisons qui l'ont amené à embrasser le métier de prestataire de soins informels. Il s'y est inscrit comme dans un atelier d'artisanat pour apprendre le métier auprès d'un patron exerçant en même temps dans le système formel de santé. À la fin de leur formation, les apprenants sont redéployés dans les milieux reculés où l'accès aux soins de santé dans le système officiel est problématique pour y tenir les cabinets du même patron.

2.7. Des stratégies de concurrence avec l'offre formelle de soins

Trois grandes stratégies de repositionnement des prestataires de soins informels dans l'arène locale de santé ont été identifiées.

• Pratiques de paiement différé des soins de santé

L'accessibilité financière aux soins de santé comme partout ailleurs dans les pays à faible revenu reste l'un des principaux facteurs explicatifs de la faible utilisation des services dans le Couffo. C'est bien un point d'ancrage du débat autour de la couverture santé universelle dans le monde entier. La difficulté de faire face au paiement direct des soins dans le système formel de santé a été évoquée par 67% d'enquêtés. Les normes et pratiques régissant la délivrance des services de santé dans les formations sanitaires publiques ne prennent pas en compte les réalités sociologiques et économiques. Ce déséquilibre entre l'offre officielle et la demande est corrigé par les prestataires de soins informels à travers la stratégie de paiement différé des soins de santé. Ceci constitue pour les populations une alternative d'accès aux soins de santé. Sa

« commodité » est largement évoquée en ce sens qu'il leur permet de lever la barrière financière d'accès aux soins de santé. Cette modalité de paiement est une stratégie redoutable par laquelle les prestataires de l'informel fidélisent leurs clients. Par ailleurs, ces prestataires se déplacent vers les usagers où ils se trouvent.

• **Offre de soins ambulante au sein des communautés**

Bien que disponible, l'offre de soins formels demeure inégalement répartie dans les aires sanitaires du Couffo comme l'illustre le tableau n°3 ci-dessous.

Tableau n°3 : répartition des infrastructures sanitaires dans le département du Couffo

Couffo	Communes	50	86%
ZS Aplahoué, Djakotomey-Dogbo	Aplahoué	7	79%
	Djakotomey	10	
	Dogbo	7	
ZS Klouékanmè-Lalo-Toviklin	Klouékanmè	8	92%
	Lalo	11	
	Toviklin	7	

Source : Ministère de la santé 2011

Ce tableau montre que le taux global de couverture en infrastructure sanitaire dans le Couffo est de 86% soit 79 % pour la ZS ADD contre 92% pour la ZS KTL. Cet état de chose rend problématique l'accessibilité géographique aux formations sanitaires publiques aux populations de certains village reculés. En effet, ces obstacles se traduisent souvent sous forme d'enclavement des hameaux, des voies d'accès impraticables et mal entretenues. Cette inaccessibilité est révélatrice des obstacles auxquels les populations, surtout éloignées des centres de santé sont confrontées pour avoir les soins de santé comme c'est le cas à Bétoumey et à Tchi-Ahomadégbé.

Par exemple, à Bétoumey, le problème de distance ne s'est posé des suites de la fermeture des Unités villageoises de santé de Holou-Loko et Zouhoudji des villages situés respectivement à 8 kilomètres et 12 kilomètres du centre de santé d'arrondissement. Ci-dessous les photos n° 6 et 7 présentent des UVS de Holou-loko (à gauche transformée en champ de haricot et de maïs) et celle de Zohoudji (à droite devenue une maison à louer habitée) fermée pour pénurie d'agent de santé qualifié.

Photo n° 6 : Vue sur l'Unité Villageoise de Santé de Holou-Loko, enclavé dans un champ d'haricot et dont l'intérieur regorge toujours de matériel médical vétuste et des déchets médicaux



Photo n°7 : Vue sur L'Unité Villageoise de Santé de Zohoudji, fermée pour pénurie d'agent de santé qualifié et devenue une maison habitée



Source : Données de terrain, Janvier 2019

Il ressort des discours que 88% des femmes ayant participé au focus group avaient déclaré

qu'elles ont dû faire recours aux prestataires de soins informel au moins une fois en raison de la distance entre le centre de santé

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

d'arrondissement et leur village et en raison de la suppression de l'UVS depuis 2016.

Les réalités similaires s'observent à Tchi-Ahomadégbé. Le réseau téléphonique n'offre pas une couverture optimale pour alerter en

temps réelle sur une situation d'urgence. L'accès au village est très difficile en saison pluvieuse. La voie est boueuse (Photo n°8) et ne facilite pas le déplacement même à pied.

Photo n°8 : Vue sur la voie boueuse et difficile d'accès vers le village de Tchi-Ahomadégbé en saison pluvieuse



Source : Données de terrain, Janvier 2019

Par conséquent, la mobilité en communauté est quasi nulle. Selon l'infirmier chef poste et les usagers de CSA, cette situation impacte la fréquentation du centre de santé.

« [...] il n'y a pas de chemin pour venir, comment les usagers vont faire ? Ici pour passer un coup de fil il faut plusieurs tentatives avant que ça ne passe une fois [...] Lorsqu'on doit référer quelqu'un surtout en période de pluie, il faut le mettre sur moto. Des fois même on les porte sur la tête pour traverser la boue jusqu'à Adoukandji où l'ambulance viendra le chercher » (Agent de santé, ZS KTL, Janvier 2019).

Face à cette situation, les prestataires de soins informels se montrent plus flexibles et se déplacent vers les populations même dans les hameaux les plus reculés et les plus inaccessibles en saison pluvieuse. Il ressort des propos de 61% d'enquêtés que les prestataires de soins informels qui s'adonnent à cette pratique d'offre de soins ambulants sont ceux qui travaillent dans les centres de santé. Ces

derniers s'inspirent des stratégies mises en place dans le système local de santé pour la promotion de la santé pour mener leur propre activité informelle.

• **Du détournement des usagers du secteur formel vers le secteur informel de soins**

L'autre stratégie à laquelle les prestataires informels de soins ont aussi recours est la réorientation des usagers du centre de santé vers les cabinets informels de soins. C'est le cas des centres de santé de Betoumey et de Gnizounmè. Il s'agit d'une stratégie le plus souvent utilisée par les prestataires de soins informels exerçant en même temps dans le secteur formel de santé. Selon les propos, ces acteurs seraient aidés par les relais communautaires, les membres COGECS qui parfois témoignent de leur compétence dans la communauté ce qui renforce leur légitimité auprès des usagers et augmente leur clientèle.

« parfois ce sont les ceux avec qui nous travaillons pour que le centre de santé attirent les populations qui font de publicité à ceux-là [...] peut-être parce

que l'infirmière ou la sage-femme qui est là n'a pas une bonne relation avec eux, ils iront dire aux population que les agents du centre de santé ne connaissent rien et d'aller chez les gens qui font des soins dans les maisons » (Membre COGECS, ADD, Décembre 2018).

Selon les propos des agents de santé des centres de santé publics, les prestataires de soins informels procèderaient à une redirection des usagers vers leur propre cabinet ou parfois promettent de venir au domicile du malade lui faire les soins à moindre coût. Un agent de santé du secteur formel témoigne de son expérience.

« Quand je vais en weekend et je reviens, je vois une différence entre ce qui est dans le registre et ce que l'on a sortir comme recette ou consommable [...] j'ai donc mené mes enquêtes ceci m'a permis de découvrir que mon aide qui m'assiste faire les soins aux usagers dans son soit disant cabinet qu'il a chez lui » (Agent de santé, ADD, Janvier 2019).

Ces situations s'observent lorsque les relations sont loin d'être cordiales entre les agents de santé surtout qualifiés et les relais communautaires ou membres de comité de gestion du centre. Les prestataires informels de soins tirent parti de cette situation et détournent les usagers vers leurs lieux de prestation.

3. DISCUSSION

L'ambition explicite du SYLOS est de faciliter la promotion de la santé. C'est pour cela qu'il est doté non seulement d'un système de soins mais également d'un système de gouvernance et des politiques d'intervention au niveau local ; afin de créer un espace dans lequel les acteurs trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier (E. Tchouaket, 2011, p.33).

D'une part, l'étude a permis d'identifier les dysfonctionnements du SYLOS en milieu Adja-fon du Couffo. Ils ont été relevés à

différents niveaux tant dans l'organisation de l'offre que dans sa structuration. Il en ressort une insuffisance des ressources humaines, d'intrants et de matériels. Le personnel de santé exerçant dans des conditions de vie difficiles est démotivé. Ajouté à ces dysfonctionnements, on remarque aussi les ruptures fréquentes de médicaments et les absences au poste du personnel surtout qualifié. Ces faiblesses ont pour impact une offre limitée et discontinuée par rapport à la disponibilité du matériel de travail et à la continuité du service (P. C. Mèliho et al., 2018, p. 350) menée à la frontière de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria).

Aussi, l'étude a ressorti un autre dysfonctionnement de l'offre moins soumis au débat dans la littérature socio-anthropologique. Il s'agit des problèmes d'intégration sociale du personnel soignant surtout qualifié. Cette catégorie de prestataires n'est généralement d'appartenance Adja-fon. Pourtant, il est connu que cette intégration se traduisant par un effort d'apprendre la langue du milieu joue un rôle important dans l'offre de soins. Elle construit les relations de soins entre les prestataires et les usagers ; elle les structure et les entretient. Loin de simples interactions observées dans les actes de soins, les relations de soins trouvent leur place dans les relations sociales quotidiennes. Elles impliquent non seulement le fait de guérir le malade mais de l'assister dans toutes formes d'évènement qu'il vit. La maladie pour les individus en milieu Adja-fon du Couffo est un évènement de malheur au même titre que la perte d'un proche ou un accouchement mal abouti. Il s'agit là d'un déterminant important de l'utilisation des services de santé.

D'autre part, l'étude a montré que le secteur privé formel ou informel est réprimé. C'est d'ailleurs l'un des dysfonctionnements qui constituent le maillon faible de l'offre dans le SYLOS. Ce qui est contraire à la mission du SYLOS telle qu'il a été énoncé à la conférence de Dakar en 2013 (Communauté de Pratique Prestation des services de santé, p. 30). Il en ressort qu'en termes de gouvernance dans le

SYLOS, beaucoup d'efforts restent à faire. Cet aspect de l'offre, pourtant non négligeable ne bénéficie d'intérêt ni de la part des chercheurs, ni de la part de l'Etat, ni des partenaires techniques et financiers du domaine de la santé. Au contraire, elle est considérée davantage comme un concurrent du système de santé de l'Etat que comme un partenaire potentiel (M. Audibert et E. De Roodenbeke, 2005, p. 34). Ayant étudié les déterminants de l'utilisation des services de santé de premier niveau au Mali, M. Audibert et E. De Roodenbeke (2005, p. 98) ont montré que les dysfonctionnements des centres de santé communaux donnent lieu à une forte concurrence dans les aires sanitaires entre la prestation publique de soins et les aides-soignants qui œuvrent de manière informelle. Ils sont pour la plupart des praticiens fonctionnaires en exercice ou à la retraite, exerçant de façon non officielle (M. Audibert et E. De Roodenbeke, 2005, p. 98).

Ces derniers se substituent au personnel soignant qualifié dans un contexte de pénurie de ressources humaines. En effet, ils ont « bénéficié d'une formation formelle mais pratiquant à titre informel » (J.-L. Richard, 2001, p. 994). L'étude a démontré que par ce dysfonctionnement, le SYLOS contribue significativement à la « production » de ces acteurs. De fait, ils sont situés entre l'offre formelle et informelle et assurent les soins de proximité auprès des populations comme le montre les conclusions des travaux de M. Gautham et al. (2011, p. 638). Ils développent des stratégies de concurrence avec l'offre formelle. Ainsi, « les soins entrepris avec des agents des services de santé s'achèvent souvent auprès de ces derniers » (A. C. Kpatchavi, 2011, p. 165). Ces prestataires informels sont nommés chez les fon « nyedotô » et chez les waci « abwidotô » et désignent les « faiseurs d'injection » (A. C. Kpatchavi, 2011, p. 165). Ils couvrent un large éventail des soins de santé primaires. Ils sont spécialisés dans l'administration des injections et du sérum (R. Médah, 2006, p. 18), ainsi que des

accouchements. Or en milieu Adja-fon, les hommes « associent à l'injection et à la perfusion un pouvoir soignant supérieur à celui du comprimé ou de la prescription à prendre par voie orale » (H. Tourneux, 2007, p. 532). Cette même réalité est décrite par R. Médah (2006, p. 18) chez les peulh burkinabé qui considèrent qu'ils ont été soignés qu'à partir du moment où ils ont reçu d'injection.

Il existe en effet une disparité de l'offre de soins formelle dans le département du Couffo. La couverture en infrastructure sanitaire est de 85%. Ainsi, dans le contexte actuel où le système local de santé ne parvient pas à assurer une couverture sanitaire optimale, ces acteurs constituent une alternative dans la gestion des problèmes de santé des populations pauvres (M. Sudhinaraset et al., 2013, p. 8 ; M. Gautham et al., 2014, p. 120). Les prestataires informels constituent le premier niveau prenant en charge les pathologies les plus fréquentes ; et ce, en prenant en compte les réalités sociologiques et socioculturelles des bénéficiaires. A l'instar des travaux de M. Sudhinaraset et al. (2013), l'étude a montré que l'accessibilité financière et les facteurs culturels sont souvent les raisons très invoquées et évoquées quand ils ont recours aux prestataires de soins informels. Financièrement flexibles, les prestataires de soins informels proposent le paiement différé pour les soins aux populations. Contrairement aux prestataires de soins dans l'offre formelle de soins, « où le problème d'achat moral est par contre moins bien surmonté à cause des relations plus anonymes et moins « traditionnelles » qu'ils établissent avec leurs patients » (M. Audibert et al., 2003, p. 182).

CONCLUSION

L'implémentation de l'approche SYLOS se heurte à des obstacles qu'elle est censée lever afin de favoriser la promotion de la santé. De par leurs dysfonctionnements organisationnels et structurels, les SYLOS du Couffo contribuent à doter les prestataires informels de soins de

savoirs et savoir-faire médicotéchniques. Ceux-ci constituent pour ces derniers une valeur ajoutée puisqu'ils les combinent avec les savoir-faire culturels afin d'offrir une prise en charge holistique et adaptée aux populations pauvres. Face à une telle offre de plus en plus sollicitée par les populations et des indicateurs de performance sanitaires de moins en moins reluisants, les SYLOS par leur système de gouvernance peinent à démontrer leur leadership. Dans la perspective de parvenir aux objectifs de couverture universelle de santé, il serait bénéfique de mettre en œuvre des politiques de réglementation de l'offre de soins privée (formelle/informelle) afin de faciliter la collaboration entre ce type d'offre détentrice de savoirs holistiques et l'offre formelle détentrice de savoirs médicaux pour lever les barrières d'accès aux soins de santé aux populations.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AUDIBERT Martine et DE ROODENBEKE Eric, 2005, Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives, Département du développement humain, Banque mondiale, Document de travail, 128 p.

AUDIBERT Martine, MATHONNAT Jacky et DE ROOTENBEKE Eric, 2003, Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu, Paris, Karthala, 506 p.

BOURDIER Frédéric, 1995, « Le secteur informel des soins de santé : méthodes d'approche et terrain, Le cas de l'Inde », In Les champs de la géographie de la santé, Société Neuchâteloise de géographie, Neuchâtel, p. 163-176.

BOURDIER Frédéric, 2015, « La contribution de la géographie et de l'anthropologie dans l'analyse et la compréhension des inégalités socio-territoriales du paludisme au Cambodge », Dynamiques environnementales [En ligne], 36 |

2015, mis en ligne le 01 juillet 2016, consulté le 16 novembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/dynenviron/988> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/dynenviron.988>

COMMUNAUTE DE PRATIQUE PRESTATION DES SERVICES DE SANTE, 2013, Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare, 21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal, Rapport de la Conférence Régionale, 31 p.

EKAMBI Armand, PARE René, AISSAN Julien, SOURAKATOU Salifou, N'OUEMOU André, Hounouvi Amavi, ZINSOU François et SEGLA Euloge, 2014, « Le système de santé local », CTB Bénin, programme santé, 8 p.

GAUTHAM Meenakshi, BINNENDIJK Erika, KOREN Ruth et DROR David, 2011, « Nous allons d'abord chez le petit médecin »: premier contact pour des soins de santé curatifs recherchés par les communautés rurales d'Andhra Pradesh et d'Orissa, en Inde », Le journal indien de la recherche médicale, 134 (5), p. 627-638

GAUTHAM Meenakshi, RAJESH Singh, ANSHI Zachariah, RAJKUMARI Singh, GERALD Bloom 2014, « Fournisseurs de soins de santé ruraux informels en Inde du Nord et du Sud », Politique et planification de la santé, 29 Suppl 1 (Suppl 1), p. 120-129

JACQUEMOT Pierre, 2012, « Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins », Afrique contemporaine, p. 95-97

JOLY Patricia, TAÏEB Olivier, ABBAL Tahar, BAUBET Thierry et MORO Marie Rose, 2005, Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. La psychiatrie de l'enfant, vol. 48(2), p. 537-575.

Entre formel et informel : le visage de l'offre et de la demande de soins maternels et curatifs en milieu adja-fon du département du Couffo au Bénin

KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2011, Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Pour une anthropologie du paludisme chez les fon et les Waci du Bénin, Cotonou, édition Ablodé, 344 p.

MEDAH Rachel, 2006, Approche sociologique de l'offre et de la demande de soins de santé. L'exemple des injections dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso), Etude Récit, Laboratoire Citoyennetés, 23 p.

MELIHO Pierre Codjo, AÏNA André, KPATCHAVI Codjo Adolphe, 2018, « Cloisonnement du service public de santé à la frontière de Sèmè-Kraké (Bénin-Nigéria) : Une contribution Sociologique », Cahier du CBRSI, Lettres, Sciences Humaines et Sociales, p. 329-350.

MINISTERE DE LA SANTE, 2008, Plan national stratégique de développement des ressources humaines du secteur santé, 100 p.

NGABIRE Emmanuel, 2013, Couverture sanitaire universelle : ce que pensent certains acteurs, Politiques Internationales de Santé, Ressource en ligne récupérée le 06/05/2020 à 18h 43 min sur <http://www.santemondiale.org/?p=4236>

RICHARD Jean-Luc, 2001, Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouèssè (Bénin), Thèse de géographie de santé, Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Neuchâtel, 1134 p.

SUDHINARASET May, INGRAM Matthew, HEATHER Kinlaw Lofthouse et MONTAGU Dominic, 2013, « What is the role of informal healthcare providers in developing countries? A systematic review ». PLoS One. 2013;8(2):e54978. doi: 10.1371/journal.pone.0054978

TCHOUAKET Eric, 2011, Influence du financement sur la performance des systèmes de soins, Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université de Montréal, 270 p.

TOURNEUX Henry, 2007, Dictionnaire peul du corps et de la santé (Diamaré, Cameroun), Paris, Karthala / OIF, 614 p.