

Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin)

Thèse de géographie de la santé
sous la direction du Prof. Frédéric Chiffelle

Jean-Luc Richard

2001

Thèse présentée à la Faculté des lettres et sciences humaines de
l'Université de Neuchâtel pour obtenir le grade de docteur ès sciences
humaines

IMPRIMATUR

La Faculté des lettres et sciences humaines de l'Université de Neuchâtel, sur les rapports de Messieurs Frédéric Chiffelle, directeur de thèse et professeur à l'Institut de géographie de l'Université de Neuchâtel; Gérard Salem, professeur à l'UFR de géographie de l'Université de Paris X Nanterre; Eric Burnier, chargé de cours à l'Institut universitaire d'études du développement de l'Université de Genève, et Madame Yola Verhasselt, professeur au Geographisch Institut de la Vrije Universiteit Brussel, autorise l'impression de la thèse présentée par Monsieur Jean-Luc Richard, en laissant à l'auteur la responsabilité des opinions énoncées.

Neuchâtel, le 3 octobre 2001

Le doyen
Daniel Schulthess

TABLE DES MATIÈRES

Table des tableaux	XII
Table des figures	XIX
Table des annexes	XXVI
Abréviations	XXVIII
Remerciements	1

INTRODUCTION 5

1. Problématique générale	6
2. Accès aux soins de santé dans les pays en développement	13
a) Introduction	13
b) Le concept d'accès	14
Disponibilité (availability)	15
Accessibilité (accessibility)	18
Commodité (accommodation)	19
Capacité financière (affordability)	20
Acceptabilité (acceptability)	21
c) Accès et localisation	21
d) Accès et utilisation	22
Mesurer l'accès global aux soins de santé: une tâche impossible?	23
Articulation de l'accès et de l'utilisation	23
e) Conclusion	24
3. Hypothèses générales	26
4. Choix du lieu d'étude	28
5. Méthode générale et sources	33
a) Le recensement national de la population	33
b) Les entretiens	34
c) Les sources administratives locales	35

d) L'enquête domiciliaire	38
e) Mesure de la distance	42
6. Les séjours	44

I. CADRE DE L'ETUDE **45**

1. Du pays à la région **46**

a) Le Bénin	46
Démographie	46
Economie	48
Les grandes régions naturelles	49
Divisions administratives et sanitaires	51
Le Bénin: un membre à part entière des pays les moins avancés	52
b) La sous-préfecture de Ouessè	54
La population	54
Localisation des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	57
Structure par sexe des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	63
Structure par âge des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	64
Répartition des femmes en âge de procréer	72
Estimation du taux de natalité à différentes échelles géographiques	77
Estimation des taux bruts de mortalité et de croissance naturelle à différentes échelles géographiques	79
Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge: synthèse	81
Structure selon le statut matrimonial des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	83
Structure par ethnie des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	84
Structure par religion des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	90
Niveau scolaire des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	93
Profession des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	94
Mode d'approvisionnement en eau	98
Habitat	103
Niveau économique global des villages de la sous-préfecture	110
Voies et moyens de communication	119
Routes et pistes	119
Le train	121
Les taxis	123
Une sous-préfecture, deux régions	129
Groupement des localités de la sous-préfecture de Ouessè	129
Caractéristiques comparées des deux régions de la sous-préfecture de Ouessè	131

2. La maladie au Bénin **140**

a) Perception de la maladie	140
Le manyan	142
Le "paludisme femelle"	142

Le “paludisme mâle” _____	143
L’“attaque” _____	143
La hernie _____	144
Association entre maladies et types de recours _____	145
b) Principaux problèmes de santé diagnostiqués au Bénin _____	146
Les malades non hospitalisés _____	146
Les malades hospitalisés _____	149
3. La politique sanitaire et le système de soins béninois _____	150
a) Options fondamentales de la politique sanitaire béninoise _____	150
La Déclaration d’Alma-Ata _____	150
L’Initiative de Bamako _____	151
b) Les composantes du système de soins _____	154
Le secteur formel moderne _____	154
Le secteur public _____	155
Système de référence et de contre-référence du secteur public _____	157
Un secteur confessionnel très important _____	159
Le secteur privé formel _____	160
Le secteur pharmaceutique formel _____	160
Le secteur informel _____	163
Le secteur moderne privé informel _____	163
La médecine traditionnelle _____	164
Les églises thérapeutiques et les vendeurs de médicaments _____	169
4. Ressources sanitaires publiques du Bénin et du Zou et taux d’utilisation des services de santé _____	170
a) Les infrastructures sanitaires _____	170
b) Le personnel du secteur public et la densité médicale _____	171
c) Taux d’utilisation des services de santé publics et confessionnels _____	175
Les soins curatifs _____	175
Les consultations prénatales _____	176
Les accouchements _____	177
Les consultations post-natales _____	178
Les consultations infantiles (0 à 11 mois) _____	178
La vaccination _____	178
Les consultations des enfants sains (12 à 35 mois) _____	181
 II. LES SERVICES DE SANTE DE LA SOUS-PREFECTURE DE OUESSE ET LEURS ACTIVITES _____	 182

1. Inventaire et description des services de santé	183
a) Les services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè	183
Les services de santé publics	183
Le centre de santé de sous-préfecture de Ouessè	183
Les complexes communaux de santé	192
Les unités villageoises de santé (UVS)	199
L'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané	203
b) Les services de santé informels de la sous-préfecture de Ouessè	210
Les services de santé modernes privés	210
Les guérisseurs traditionnels ou tradipraticiens	219
Les églises thérapeutiques	228
Commerce formel et informel de médicaments	230
Les dépôts pharmaceutiques	231
Les vendeurs informels de médicaments	232
2. Activités des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè: nature, volume et évolution	239
a) Le secteur public	239
Les activités curatives	240
Evolution du volume des activités curatives et des taux de couverture de 1991 à 1994	240
Les consultations prénatales	247
Les accouchements	252
Les consultations post-natales	256
Les consultations des enfants sains de 0 à 11 mois	258
La vaccination	259
Des attitudes et pratiques pas toujours conformes à l'éthique médicale	267
b) L'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané	270
Les activités curatives	271
Evolution du volume des activités curatives de 1992 à 1994	271
Les consultations prénatales	276
Les accouchements	277
Consultation des enfants sains et vaccination	278
c) Le centre social de Ouessè	278
3. Le coût de la santé	282
a) Systèmes de tarification et prix unitaires	282
Le secteur public	282
Le secteur confessionnel	286
Les guérisseurs	289
b) Coût effectif des consultations	292
Sources et méthode	292

Coût de l'automédication _____	294
Coût de l'automédication selon le type de remèdes consommés _____	295
Coût de l'automédication par village _____	296
Coût des médicaments selon leur provenance _____	298
Coût de l'automédication selon la gravité perçue des épisodes _____	299
Coût de l'automédication selon la durée de l'épisode de maladie _____	301
Coût de l'automédication selon la pathologie _____	302
Profil des malades ayant dépensé le plus pour l'automédication _____	303
Coût du premier recours extérieur _____	304
Coût du premier recours extérieur par service de santé pour des épisodes finis _____	305
Coût moyen de l'hospitalisation _____	310
Coût moyen des premiers recours extérieurs directs par pathologie _____	311
Coût moyen des premiers recours extérieurs selon leur gravité perçue _____	312
Coût moyen des premiers recours extérieurs directs selon leur durée _____	314
Coût moyen des premiers recours extérieurs selon le domicile des malades _____	315
Coût moyen d'un épisode fini de maladie _____	319
Coût moyen par étape de l'itinéraire thérapeutique et coût moyen total d'un épisode fini de maladie _____	320
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le sexe _____	322
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon l'âge _____	322
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le niveau économique des ménages _____	323
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon l'appartenance ethnique des malades _____	324
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon la religion des malades _____	325
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon d'autres caractéristiques des ménages _____	326
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le diagnostic perçu _____	327
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon la gravité perçue du cas _____	329
Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon sa durée _____	330
Disparités régionales et locales _____	331
Coût global de la santé dans la sous-préfecture de Ouessè pour les pathologies étudiées _____	333
Prix des prestations médicales dans les services de santé selon les pièces comptables _____	337
Prix moyen général et par pathologie des prestations médicales curatives dans les services de santé selon les pièces comptables _____	337
Prix des accouchements et des consultations prénatales dans les services de santé publics, selon les pièces comptables _____	346
Comparaison des prix relevés dans les services de santé et des coûts déclarés par les malades _____	351

III. ESPACE MEDICAL DES SERVICES DE SANTÉ MODERNES ET ESPACE DE SOINS DES HABITANTS DE LA SOUS- PREFECTURE DE OUESSE _____ 357

1. Introduction _____	358
2. Espaces médicaux ou aires d'attraction des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè _____	368
a) Introduction _____	368

b) Une friction de la distance considérable mais variable selon le niveau hiérarchique des services de santé	370
Le poids de la distance à l'échelle régionale: la sous-préfecture de Ouessè	372
Aire d'attraction de l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané	372
Aire d'attraction pour les soins curatifs du centre de santé de sous-préfecture de Ouessè	382
Aires d'attraction des complexes communaux de santé (CCS) pour les soins curatifs	390
Aires d'attraction dominante des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè	397
Aire d'attraction du secteur moderne informel, des guérisseurs traditionnels et des unités villageoises de santé	399
Effet de la distance à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba	400
Evolution de l'espace médical des services de santé modernes entre 1992 et 1994	407
Evolution globale pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè	408
Causes de l'évolution différenciée de l'attraction des services de santé	414
Evolution de l'attraction des services de santé sur les villages de la sous-préfecture de Ouessè de 1992 à 1994	418
c) Taux d'utilisation et aires d'attraction selon le sexe et l'âge des patients	422
Attraction des services de santé selon le sexe	423
Evolution entre 1992 et 1994 des taux globaux d'utilisation par sexe des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè	424
Evolution entre 1992 et 1994 des taux d'utilisation par sexe et service de santé moderne	425
Influence du sexe de l'agent de santé traitant sur le choix d'un service de santé	429
Un impact de la distance sur les taux d'utilisation différent selon le sexe?	432
Variations d'attraction des services de santé modernes sur chaque localité selon le sexe	435
Effet de la distance sur les taux d'utilisation par sexe à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba	442
Attraction des services de santé selon l'âge	444
Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'utilisation global par âge des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè	444
Evolution entre 1992 et 1994 des taux d'utilisation par âge et service de santé moderne	446
Un impact de la distance sur les taux d'utilisation différent selon l'âge?	457
Variation selon l'âge de l'attraction des services de santé modernes sur chaque localité	460
Effet de la distance sur les taux d'utilisation par âge à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba	467
d) Attraction des services de santé selon la pathologie	470
Une inégale répartition des pathologies entre les services de santé	473
Le paludisme	474
Les affections uro-génitales	475
L'onchocercose	477
La chirurgie de base	482
La malnutrition	485
Les "sans mention de diagnostic, les diagnostics mal définis et autres affections"	486
Les traumatismes	486
Les morsures de serpents	487
Les dermatoses	487
Les affections de l'appareil respiratoire, des sens et de l'appareil digestif	487
Les affections ostéo-musculaires	488
Taux de dépendance de la population envers chaque niveau hiérarchique de services de santé par type d'affections	489
Taux d'utilisation en fonction de la distance et aires d'attraction par pathologie	495

Distance moyenne parcourue par pathologie pour atteindre un service de santé ____	502
e) Profil des patients hospitalisés et aire d'attraction des services d'hospitalisation _____	508
Evolution du nombre de patients hospitalisés et du taux d'hospitalisation _____	509
L'hospitalisation comme marqueur du niveau hiérarchique perçu d'un hôpital ____	514
Probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire _____	514
Distance moyenne parcourue pour atteindre le lieu d'hospitalisation _____	520
Taux d'hospitalisation en fonction de la distance et aire d'attraction hospitalière ____	524
f) Aires d'attraction pour les soins maternels et infantiles _____	527
Consultation prénatale _____	531
La consultation prénatale à l'hôpital Saint-Martin de Papané _____	531
La consultation prénatale au CSSP de Ouessè _____	537
Les complexes communaux de santé _____	542
Accouchements _____	543
L'hôpital Saint-Martin de Papané _____	543
Le CSSP de Ouessè _____	550
Les complexes communaux de santé _____	555
Suivi de croissance des enfants au centre social _____	562
La vaccination _____	566
Espaces médicaux pour la vaccination _____	567
Statut vaccinal des enfants _____	570
g) Synthèse: qui utilise quel service de santé et pour quoi? _____	580
Profil des utilisateurs des services de santé modernes pour les soins curatifs ambulatoires	581
Les utilisateurs des services de santé: toujours les mêmes? _____	583
3. Espace de soins des habitants de la sous-préfecture de Ouessè _____	591
a) Espace de soins de la population pour les soins curatifs ambulatoires ____	592
Des espaces de soins multipolaires souvent prédictibles à partir de la disponibilité, de l'accessibilité et du niveau hiérarchique de l'offre de soins _____	592
Une utilisation marginale de l'offre de soins extérieure à la sous-préfecture _____	602
Des espaces de soins différenciés selon la pathologie: l'exemple du paludisme et des affections uro-génitales _____	608
b) Espace de soins de la population pour l'hospitalisation _____	613
c) Espace de soins pour la consultation prénatale _____	616
d) Espace de soins pour les accouchements _____	621
e) Fonctionnement du système de référence _____	630
Volume de référence des services de santé publics pour les soins curatifs _____	633
Volume d'évacuation des services de santé publics pour les accouchements _____	634
Causes du faible recours à la référence et aux évacuations _____	636
f) Consommation globale par localité de soins de santé curatifs ambulatoires	638
g) Un espace de soins restreint qui cache une grande diversité de recours ____	645

h) Itinéraires thérapeutiques	650
Profil des ménages interviewés	652
Première action thérapeutique	658
Type d'actions thérapeutiques	658
Diagnostics et gravité de la maladie	669
Justification du choix du premier recours thérapeutique par les malades	671
Latence thérapeutique et durée du traitement	682
Distance parcourue	688
Moyens de transport utilisés	690
Provenance des remèdes	694
Nombre de visites chez le premier recours extérieur	698
Hospitalisation	701
Deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique	703
Type d'actions thérapeutiques	703
Durée de la première étape de l'itinéraire thérapeutique lorsqu'elle est suivie d'une deuxième étape	705
Nombre de visites chez le deuxième recours extérieur	707
Hospitalisation	709
Continuation de l'automédication en plus du traitement prescrit	709
Troisième étape de l'itinéraire thérapeutique	710
Synthèse des itinéraires thérapeutiques	711
Intentions thérapeutiques pour la fin de l'épisode	720
Après un traitement infructueux par automédication	720
Après l'échec d'un premier recours extérieur direct	721
Intention à la fin de la deuxième étape d'un itinéraire thérapeutique inachevé	721
Une population à risque de non-recours?	722

IV. DETERMINANTS DES RECOURS THERAPEUTIQUES 731

1. Modèles d'utilisation des services de santé	732
2. Les caractéristiques de la population comme déterminants du comportement de recherche de soins	737
a) Les facteurs prédisposants	738
Le sexe du malade	739
L'âge du malade	750
L'âge du chef de ménage et de sa première épouse	760
L'ethnie du chef de ménage	763
La religion	766
La taille du ménage	769
Le nombre d'épouses du chef de ménage	771
La durée de résidence dans le village de domicile au moment de l'enquête	772
La profession du chef de ménage et de sa première épouse	774

Scolarité du chef de ménage, de sa première épouse et de leurs enfants _____	777
La possession à la maison de médicaments modernes et de remèdes traditionnels ____	781
La visite antérieure par un membre du ménage de différents types de recours extérieurs	783
Le sexe de la personne ayant répondu au questionnaire _____	787
b) Les facteurs de réalisation _____	788
La proximité des services de santé formels _____	788
La disponibilité de moyens de locomotion privés _____	801
Association statistique entre la disponibilité de voitures, motos, vélos et choix thérapeutiques ____	801
La disponibilité d'un moyen de locomotion privé augmente-t-elle la mobilité des patients? ____	805
La desserte des villages par les taxis collectifs _____	809
Le lieu de résidence _____	811
Le niveau économique du ménage _____	817
Niveau économique et recours thérapeutiques _____	820
Des disparités spatiales de niveau économique des ménages recoupant des disparités de couverture sanitaire _____	825
Fluctuations temporelles des ressources et indigence permanente _____	830
Impact de la dévaluation du FCFA sur le niveau d'utilisation des services de santé _____	833
c) Les facteurs de besoins _____	838
La gravité perçue de la maladie _____	838
Le diagnostic _____	844
La latence thérapeutique _____	850
d) Analyse multivariée des caractéristiques des malades à risque d'effectuer de l'automédication plutôt qu'un recours extérieur comme première action thérapeutique _____	852
Déterminants du choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur: trois modèles partiels _____	854
Déterminants du choix entre l'automédication et un recours extérieur: modèle synthétique	855
3. Valeur prédictive du premier recours sur le deuxième _____	860
a) Probabilité d'effectuer un deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique perçue du premier recours _____	860
Selon le type de premiers recours _____	861
Selon le type de maladies _____	863
Selon le sexe du malade _____	867
Selon l'âge du malade _____	868
b) Nature du deuxième recours en fonction du type du premier recours ____	869
 V. VERS UN BILAN DE SANTE ET DES BESOINS DE SANTE _____	 875

1. Etat de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè	877
a) Santé et besoins de santé	877
Concepts et mesures	877
Sources disponibles et limites de la mesure de morbidité	879
b) Pathologies diagnostiquées dans les services de santé	882
c) Etat de santé perçu et besoins de soins de santé	884
Différences selon le sexe et l'âge d'état de santé perçu	885
Prévalence apparente par diagnostic	889
Vers une géographie des états de santé perçus	898
Une prévalence apparente plus élevée dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture	899
De considérables différences intervillageoises de prévalence apparente	904
Perception par village de la gravité des cas	909
Taux de mortalité brut annuel par village	911
Besoins et couverture sanitaire	913
d) Maladies les plus fréquentes selon la population	917
Maladies les plus fréquentes pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè selon les déclarations des ménages	918
Maladies les plus fréquentes par village	924
2. Comment améliorer la santé de la population?	929
a) La promotion de la santé: perception des moyens nécessaires	930
Profil des ménages n'ayant pas répondu à la question sur les moyens d'améliorer la santé	930
Les conditions d'amélioration de la santé vues par les villageois	932
b) Connaissance des moyens de prévention du "paludisme femelle", de l'"attaque", de la diarrhée et de la rougeole	950
3. Aptitude des services de santé à répondre aux besoins	958
a) Perception de l'efficacité thérapeutique des différents traitements expérimentés	959
Efficacité perçue sans tenir compte de la gravité perçue de l'épisode	960
Efficacité perçue en tenant compte de la gravité perçue de l'épisode	963
b) Comparaison des diagnostics et des examens de laboratoire entre les services de santé	967
Des diagnostics plus ou moins diversifiés selon le type de services de santé	967
Les laboratoires d'analyses médicales: des potentiels et des niveaux d'utilisation très différents	974
c) Différences entre les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin dans le déroulement d'une consultation	978
d) La condition d'agent de santé du secteur public en milieu rural	983

e) Capacité des services de santé publics à prendre en charge le volume des besoins potentiellement exprimables _____	987
4. Accès aux soins de santé formels et localisation de la population à risque de très faible utilisation des services de santé formels _____	993
a) Mesure globale de l'accès aux services de santé modernes _____	993
b) Localisation de la population à risque de faible utilisation des services de santé formels _____	997

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS__ 1005

1. Conclusion _____	1006
a) Rappel de la démarche générale _____	1006
b) Synthèse des principaux résultats _____	1008
2. Recommandations _____	1029
a) Disponibilité et accessibilité des services _____	1029
b) Accessibilité économique _____	1033
c) Acceptabilité _____	1034
d) Commodité d'utilisation _____	1035
e) Système de soins et système de référence _____	1036
f) Amélioration de la qualité des soins _____	1037
g) Contrôle des activités du personnel _____	1040
h) Education à la santé _____	1041
i) Une approche multisectorielle _____	1044
j) Système d'information sanitaire _____	1045
Bibliographie _____	1049
Annexes _____	1065

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1	Population de la sous-préfecture de Ouessè par commune et région.	60
Tableau 2	Structure de la population de la sous-préfecture de Ouessè par sexe, commune et région.	64
Tableau 3	Structure de la population de la sous-préfecture de Ouessè par âge, commune et région.	68
Tableau 4	Structure des personnes âgées de la sous-préfecture de Ouessè par commune et région.	71
Tableau 5	Structure des jeunes adultes (15-44 ans) de la sous-préfecture de Ouessè par sexe, commune et région.	75
Tableau 6	Estimation des taux brut et spécifique de natalité par commune de la sous-préfecture de Ouessè, à partir du recensement national de population de 1992. ...	78
Tableau 7	Estimation du taux brut de mortalité et du taux de croissance naturelle.	80
Tableau 8	Indice synthétique de niveau économique des communes de la sous-préfecture de Ouessè, selon huit indicateurs tirés du recensement de la population de 1992. .	111
Tableau 9	Synthèse des principales caractéristiques de l'est, de l'ouest et de l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè et comparaison avec les caractéristiques démographiques du Bénin. .	132
Tableau 10	Système national (public) de santé du Bénin en 1993. .	156
Tableau 11	Répartition par département du personnel de santé du secteur public en décembre 1993 et densité médicale pour 100'000 habitants. .	172
Tableau 12	Nombre d'habitants pour un médecin, un infirmier et une sage-femme des secteurs public et privé formel en 1989, selon la zone de résidence.	174
Tableau 13	Evolution du taux d'utilisation des services de santé publics et confessionnels du Bénin et du département du Zou pour les soins curatifs, de 1987 à 1993.	176
Tableau 14	Taux de couverture vaccinale en % pour le Bénin et le Zou en 1993.	180
Tableau 15	Inventaire des médicaments disponibles sur le marché de Ouessè et évolution de leurs prix avec la dévaluation du FCFA.	235
Tableau 16	Evolution du nombre de nouveaux cas, d'anciens cas, du total des cas et de l'indice de concentration des cas pour les soins curatifs, de 1992 à 1994 dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè.	242
Tableau 17	Evolution de 1992 à 1994 du taux de fréquentation des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs. .	242
Tableau 18	Evolution du nombre de patients hospitalisés au CSSP de Ouessè, du taux d'hospitalisation, de la durée moyenne d'hospitalisation et de la proportion des nouveaux cas débouchant sur une hospitalisation de 1992 à 1994. .	245
Tableau 19	Evolution du nombre de nouvelles et d'anciennes consultations prénatales, du nombre moyen de consultations par femme et du taux de fréquentation par rapport aux naissances attendues dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	249

Tableau 20	Evolution du nombre annuel et mensuel d'accouchements dans les maternités publiques de la sous-préfecture de Ouessè et du taux de couverture par rapport aux naissances attendues, de 1991 à 1994.	253
Tableau 21	Evolution du nombre de nouvelles et d'anciennes consultations post-natales, du nombre moyen de consultations par femme et du taux de fréquentation par rapport aux naissances attendues pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	257
Tableau 22	Evolution du nombre de nouvelles et d'anciennes consultations des enfants sains de 0 à 11 mois, du nombre moyen de consultations par enfant et du taux de fréquentation par rapport aux naissances attendues pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	259
Tableau 23	Couverture vaccinale en 1994 des enfants de moins d'un an de la sous-préfecture de Ouessè, par zone de vaccination et antigène.	263
Tableau 24	Couverture vaccinale contre le tétanos des femmes de 15 à 44 ans de la sous-préfecture de Ouessè par zone de vaccination, en 1994.	264
Tableau 25	Evolution du nombre d'hospitalisations et de consultations ambulatoires par catégorie d'âge à l'hôpital Saint-Martin de Papané, de 1992 à 1994.	273
Tableau 26	Evolution de 1992 à 1994 du nombre de consultations et taux d'utilisation du suivi de croissance des enfants de 0 à 3 ans au centre social de Ouessè.	280
Tableau 27	Augmentation du prix des prestations forfaitaires à l'hôpital Saint-Martin de Papané après la dévaluation du FCFA.	288
Tableau 28	Coût moyen en FCFA de l'automédication pour des épisodes finis, avec ou sans recours extérieur ultérieur.	295
Tableau 29	Coût moyen de l'automédication en FCFA par village, pour des épisodes de maladie achevés.	296
Tableau 30	Coût moyen de l'automédication en FCFA selon la provenance des remèdes, pour des épisodes finis.	298
Tableau 31	Coût moyen en FCFA de l'automédication pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie.	299
Tableau 32	Coût moyen de l'automédication en FCFA, selon la durée de l'épisode fini de maladie.	302
Tableau 33	Coût moyen en FCFA de l'automédication par pathologie pour des épisodes finis, avec ou sans recours extérieur ultérieur.	303
Tableau 34	Coût moyen en FCFA de l'ensemble des visites pour le premier recours extérieur par type de services de santé, pour des épisodes ambulatoires ou hospitaliers achevés de maladie.	306
Tableau 35	Coût moyen des hospitalisations en FCFA par type de services de santé, pour des épisodes de maladie achevés ou non, avec ou sans automédication ou autres recours préalables.	311
Tableau 36	Coût moyen en FCFA par pathologie des premiers recours extérieurs directs pour des épisodes finis.	312
Tableau 37	Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs directs pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie.	313
Tableau 38	Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs après automédication pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie.	313

Tableau 39	Coût moyen en FCFA selon la durée de l'épisode des premiers recours extérieurs sans automédication préalable pour des épisodes finis.	314
Tableau 40	Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs après automédication ou non par village, pour des épisodes de maladie achevés.	316
Tableau 41	Coût moyen en FCFA des épisodes de maladie finis en fonction de l'étape de l'itinéraire thérapeutique.	321
Tableau 42	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le sexe.	322
Tableau 43	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon l'âge.	323
Tableau 44	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le niveau économique des ménages.	324
Tableau 45	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon l'ethnie des malades.	325
Tableau 46	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon la religion des malades.	326
Tableau 47	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le diagnostic.	328
Tableau 48	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon sa gravité perçue.	329
Tableau 49	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon sa durée.	330
Tableau 50	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le domicile des malades par région.	331
Tableau 51	Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le domicile des malades par village.	332
Tableau 52	Dépenses mensuelles moyennes par cas de maladie et par habitant.	334
Tableau 53	Dépenses annuelles totales pour treize affections et pour l'ensemble des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, épisodes finis ou non.	336
Tableau 54	Prix moyen en FCFA par pathologie d'une nouvelle consultation ambulatoire dans différents types de services de santé de la sous-préfecture de Ouessè en 1992 et 1993.	338
Tableau 55	Prix moyen en FCFA des médicaments et prix moyen total par pathologie d'une nouvelle consultation ambulatoire et des éventuelles consultations subséquentes dans les CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	341
Tableau 56	Comparaison du prix moyen par pathologie de la prise en charge ambulatoire d'un épisode de maladie au CSSP de Ouessè et dans un CCS, en 1994.	343
Tableau 57	Prix moyen en FCFA par pathologie d'une hospitalisation au CSSP de Ouessè, en 1992 et en 1994.	344
Tableau 58	Prix moyen en FCFA par sexe et âge d'un épisode ambulatoire et d'une hospitalisation dans les CCS et au CSSP de Ouessè, en 1994.	345
Tableau 59	Prix moyen des accouchements et des consultations prénatales en FCFA dans les maternités des CCS, en 1994.	347
Tableau 60	Comparaison du prix moyen des accouchements et des consultations prénatales entre l'ensemble des maternités de CCS et la maternité du CSSP, en 1994.	350
Tableau 61	Scores correspondants aux taux de dépendance de la population, de dépendance de la ressource et d'utilisation.	369
Tableau 62	Indice d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	375
Tableau 63	Indice d'attraction du CSSP de Ouessè sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	387

Tableau 64	Indice d'attraction de chaque CCS sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	391
Tableau 65	Indice d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994.	402
Tableau 66	Indice d'attraction du CSSP de Ouessè sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994.	404
Tableau 67	Indice d'attraction du poste de secours de Laminou sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994.	405
Tableau 68	Evolution entre 1992 et 1994 du nombre de consultations, des taux de dépendance de la population et de la ressource et du taux d'utilisation des services de santé, pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	409
Tableau 69	Evolution entre 1992 et 1994 des scores de dépendance de la population et de la ressource, des scores d'utilisation et de l'indice d'attraction des services de santé pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	413
Tableau 70	Taux d'utilisation selon le village et le sexe pour les agglomérations de Ouessè et d'Odougba.	443
Tableau 71	Taux de dépendance par âge et provenance de la population envers les services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè pour des soins curatifs ambulatoires, en 1994.	454
Tableau 72	Taux d'utilisation en % selon l'âge des soins curatifs ambulatoires pour les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba.	469
Tableau 73	Distance moyenne en kilomètres parcourue selon la pathologie pour atteindre les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.	503
Tableau 74	Evolution par région de provenance du nombre de patients hospitalisés de 1992 à 1994 dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè.	509
Tableau 75	Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè.	511
Tableau 76	Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation par sexe dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè.	512
Tableau 77	Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation par âge dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè.	513
Tableau 78	Evolution entre 1992 et 1994 de la probabilité d'être hospitalisé lors d'une consultation dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè.	515
Tableau 79	Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients pour atteindre un service de santé, selon le sexe et le type de consultations, en 1994.	521
Tableau 80	Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients, selon l'âge, l'hôpital, la provenance par région et le type de consultations, en 1994.	522
Tableau 81	Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients hospitalisés, selon la pathologie, l'hôpital et la région de provenance, en 1994.	523
Tableau 82	Dernier vaccin effectué par des enfants de 6 à 12 mois selon le type de vaccins et le domicile, en 1992.	572
Tableau 83	Proportion d'enfants en retard sur le calendrier vaccinal idéal, selon le dernier vaccin reçu et la commune, en 1992.	578
Tableau 84	Proportion de garçons et de filles ayant reçu au moins un vaccin par rapport au total et à la population cible selon la commune, en 1992.	580

Tableau 85	Nombre de patients différents de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè ayant effectué précisément 1, 2, 3... nouvelles consultations selon le sexe et l'âge dans l'ensemble des services de santé modernes desservant l'Ouest en 1992; taux d'utilisation par patient pour précisément 1, 2, 3... NC, taux d'utilisation global par patient et taux d'utilisation par NC.	585
Tableau 86	Taux de nouvelles consultations prénatales par rapport au nombre de naissances attendues, par village et maternité en 1994.	617
Tableau 87	Nombre de consultations prénatales par accouchement et village; nombre de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale par type de recours et niveau hiérarchique des maternités.	620
Tableau 88	Taux d'accouchement en maternité par rapport au nombre de naissances attendues, par localité et maternité en 1994.	623
Tableau 89	Nombre total de naissances par village et lieu d'accouchement, en 1994.	628
Tableau 90	Type de maternités utilisées pour l'accouchement, par village en 1994.	629
Tableau 91	Evolution du nombre de patients référés et du taux de référence par service de santé public de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994.	633
Tableau 92	Evolution du nombre de parturientes, de parturientes évacuées et du taux d'évacuation des parturientes par maternité publique de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	635
Tableau 93	Taux d'utilisation global en %, par commune et village, des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994.	641
Tableau 94	Taux d'inclusion dans l'enquête domiciliaire, par village.	653
Tableau 95	Première action thérapeutique par village.	661
Tableau 96	Types de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique, par village.	662
Tableau 97	Types de recours extérieurs utilisés comme première action thérapeutique, par village.	666
Tableau 98	Services de santé modernes formels utilisés comme première action thérapeutique, par village.	667
Tableau 99	Gravité perçue par diagnostic des cas de maladie déclarés pour les 30 derniers jours.	670
Tableau 100	Motifs d'inaction thérapeutique par village.	672
Tableau 101	Motifs invoqués pour les malades qui ont préféré l'automédication à une consultation extérieure comme première action thérapeutique.	674
Tableau 102	Motifs invoqués pour les malades qui ont préféré consulter un spécialiste plutôt que de pratiquer l'automédication comme première action thérapeutique, par village.	680
Tableau 103	Durée moyenne en jours par sexe et âge de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement tous types confondus pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur.	683
Tableau 104	Durée moyenne en jours par village de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement tous types confondus pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur.	684
Tableau 105	Durée moyenne en jours de l'attente avant le début du traitement et de l'ensemble des traitements pour les épisodes non chroniques finis de maladie, selon les principaux types de recours extérieurs directs.	685

Tableau 106	Durée moyenne en jours par diagnostic de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement jusqu'à la guérison pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur. ..686
Tableau 107	Distance parcourue pour atteindre le premier recours extérieur sans automédication préalable, par village. 688
Tableau 108	Moyen de locomotion utilisé pour l'ensemble des premières consultations extérieures, avec ou sans automédication préalable. 690
Tableau 109	Moyen de locomotion utilisé selon le sexe et la catégorie d'âge pour l'ensemble des premières consultations extérieures, après ou sans automédication préalable. 693
Tableau 110	Provenance des remèdes utilisés pour l'automédication, par village. 695
Tableau 111	Combinaisons des différentes provenances des remèdes utilisés pour l'automédication. 697
Tableau 112	Nombre de malades par village ayant effectué 1, 2, 3... visites chez le premier recours extérieur utilisé, directement ou après automédication, et nombre moyen de visites par recours extérieur. 699
Tableau 113	Proportion par village de personnes hospitalisées lors du premier recours extérieur formel et durée moyenne d'hospitalisation 702
Tableau 114	Types de recours utilisés comme deuxième action thérapeutique, par village. ..704
Tableau 115	Services de santé modernes formels utilisés comme deuxième action thérapeutique. 705
Tableau 116	Nombre moyen de jours écoulés entre l'apparition des symptômes et le début de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique et durée moyenne en jours de la première étape pour les malades ayant effectué une deuxième étape, selon les principaux types de recours extérieurs utilisés. 706
Tableau 117	Nombre de malades par village ayant effectué 1, 2, 3... visites chez le deuxième recours extérieur, après un premier recours extérieur précédé de l'automédication ou non, et nombre moyen de visites par recours extérieur. 708
Tableau 118	Diagnostics des épisodes non terminés traités par automédication pendant au moins six jours et des épisodes traités par automédication, suivie dans les six jours par un recours extérieur. 723
Tableau 119	Répartition selon le domicile des épisodes non terminés traités par automédication pendant au moins six jours et des épisodes traités par automédication, suivie dans les six jours par un recours extérieur. 726
Tableau 120	Répartition selon la possession de remèdes traditionnels et/ou modernes dans le ménage des épisodes non terminés traités par automédication pendant au moins six jours et des épisodes traités par automédication suivie par un recours extérieur. 727
Tableau 121	Première action thérapeutique en fonction des facteurs prédisposants. 740
Tableau 122	Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs prédisposants. 746
Tableau 123	Type de premiers recours extérieurs utilisés selon les facteurs prédisposants. ..752
Tableau 124	Type de premiers recours extérieurs formels utilisés, selon les facteurs prédisposants. 757
Tableau 125	Première action thérapeutique en fonction des facteurs habilitants. 789
Tableau 126	Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs habilitants. 793

Tableau 127	Type de premiers recours extérieur utilisés, selon les facteurs habilitants.	794
Tableau 128	Type de premiers recours extérieurs formels utilisés, selon les facteurs habilitants.	798
Tableau 129	Possession d'un véhicule dans le ménage et mode de locomotion utilisé lors du premier recours extérieur formel, après automédication ou non, au sein de la sous-préfecture de Ouessè.	806
Tableau 130	Distance moyenne minimale en kilomètres séparant les 650 ménages, les 1'335 malades et les 370 patients du service de santé formel le plus proche et distance moyenne effectivement parcourue par ces derniers, selon le niveau économique pondéré du patient.	827
Tableau 131	Evolution annuelle du nombre de consultations ambulatoires dans les services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè.	837
Tableau 132	Première action thérapeutique en fonction des facteurs de besoins.	840
Tableau 133	Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs de besoins.	841
Tableau 134	Type de premiers recours extérieurs utilisés, selon les facteurs de besoins.	847
Tableau 135	Type de premiers recours extérieurs formels utilisés, selon les facteurs de besoins.	849
Tableau 136	Modèle synthétique des déterminants du choix d'un recours extérieur plutôt que de l'automédication en cas de maladie (régression logistique).	855
Tableau 137	Deuxième recours en fonction du type et de l'efficacité thérapeutique du premier recours.	862
Tableau 138	Deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique du premier et de la maladie.	864
Tableau 139	Deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique du premier recours et du sexe.	867
Tableau 140	Deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique du premier et de l'âge du malade.	868
Tableau 141	Type du deuxième recours en fonction du type du premier recours: 100 % = total des premiers recours par type.	870
Tableau 142	Type du deuxième recours en % selon le type du premier recours: 100 % = total des deuxièmes recours par type.	872
Tableau 143	Diagnostics relevés dans les services de santé formels desservant la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	883
Tableau 144	Relation entre besoins perçus et demande effective de soins de santé modernes par âge.	888
Tableau 145	Nombre de cas de maladie déclarés par sexe et âge, selon le sexe des répondants dans la sous-préfecture de Ouessè.	889
Tableau 146	Relation entre la mortalité déclarée et la demande effective de soins de santé modernes par âge dans la sous-préfecture de Ouessè.	904
Tableau 147	Prévalence mensuelle perçue et taux de malades par village de la sous-préfecture de Ouessè.	905
Tableau 148	Prévalence apparente par village de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe et l'âge.	907
Tableau 149	Prévalence mensuelle perçue par diagnostic et village de la sous-préfecture de Ouessè.	908

Tableau 150	Gravité perçue par village des épisodes de maladie dans la sous-préfecture de Ouessè.	910
Tableau 151	Taux de mortalité apparent par village de la sous-préfecture de Ouessè.	912
Tableau 152	Fréquence en % des mentions des maladies sévissant le plus souvent chez les enfants de 650 ménages de la sous-préfecture de Ouessè.	920
Tableau 153	Fréquence en % des mentions des maladies sévissant le plus souvent chez les adultes de 650 ménages de la sous-préfecture de Ouessè.	922
Tableau 154	Trois premières affections infantiles perçues comme habituellement les plus fréquentes, par village de la sous-préfecture de Ouessè.	925
Tableau 155	Trois premières affections perçues comme habituellement les plus fréquentes chez les adultes, par village de la sous-préfecture de Ouessè.	927
Tableau 156	Connaissance par les ménages de la sous-préfecture de Ouessè de moyens permettant de prévenir certaines maladies.	951
Tableau 157	Efficacité perçue de l'automédication et des recours extérieurs utilisés sans automédication préalable dans la sous-préfecture de Ouessè.	961
Tableau 158	Efficacité perçue des différents types d'automédication et de recours extérieurs utilisés sans automédication préalable dans la sous-préfecture de Ouessè.	962
Tableau 159	Comparaison de l'efficacité perçue de l'automédication et des recours extérieurs utilisés sans automédication préalable, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie.	964
Tableau 160	Comparaison de l'efficacité perçue de différents types d'automédication, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie.	965
Tableau 161	Comparaison de l'efficacité perçue de différents types de recours extérieurs, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie.	966
Tableau 162	Comparaison des diagnostics relevés dans les deux hôpitaux desservant la sous-préfecture de Ouessè, en 1992.	972
Tableau 163	Nombre d'analyses de laboratoire par catégorie réalisées de 1992 à 1994 au CSSP de Ouessè et à l'hôpital Saint-Martin de Papané.	975
Tableau 164	Nombre de types d'analyses de laboratoire pratiquées en 1994 à l'hôpital Saint-Martin et au CSSP de Ouessè, par grande catégorie d'analyses.	977
Tableau 165	Nombre de nouveaux consultants par jour et par service de santé public en 1994.	988
Tableau 166	Projection du nombre de nouveaux cas par service de santé public de la sous-préfecture de Ouessè en 1994 avec des taux d'utilisation partout égaux au meilleur taux par village dans chaque commune, puis au meilleur taux villageois de la sous-préfecture.	990
Tableau 167	Taux d'accès effectif par village aux soins de santé modernes en cas de besoins ressentis.	995
Tableau 168	Taux d'accès effectif aux soins de santé modernes selon le diagnostic.	997
Tableau 169	Synthèse des principaux déterminants du recours à l'automédication plutôt qu'à un recours extérieur comme premier recours.	1000
Tableau 170	Evolution de 1992 à 1994 du taux d'utilisation en % des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires.	1018

TABLE DES FIGURES

Figure 1	Carte du Bénin et localisation de la sous-préfecture de Ouessè.....	55
Figure 2	Population de la sous-préfecture de Ouessè en 1992 par village officiel ou agglomération.	59
Figure 3	Nombre d'habitants de la sous-préfecture de Ouessè par sexe et région.	63
Figure 4	Nombre d'enfants et d'adultes de la sous-préfecture de Ouessè par région.	65
Figure 5	Pyramides des âges comparées de la sous-préfecture de Ouessè et du Bénin.	65
Figure 6	Nombre d'enfants pour 100 adultes par village officiel ou agglomération de la sous-préfecture de Ouessè.	67
Figure 7	Proportion d'enfants de moins de 5 ans par village officiel ou par agglomération de la sous-préfecture de Ouessè.	71
Figure 8	Nombre d'adultes de 45 ans et plus par rapport aux jeunes adultes, par village officiel ou agglomération.	74
Figure 9	Proportion de femmes en âge de procréer par village officiel ou agglomération de la sous-préfecture de Ouessè.	77
Figure 10	Population à risque selon le sexe et l'âge par région, à partir du recensement de la population de 1992.	82
Figure 11	Population à risque selon le sexe et l'âge par aire de desserte officielle des services de santé publics, à partir du recensement de la population de 1992.....	82
Figure 12	Structure ethnique de la sous-préfecture de Ouessè.	86
Figure 13	Structure ethnique des communes de la sous-préfecture de Ouessè.	88
Figure 14	Structure religieuse des habitants de la sous-préfecture de Ouessè.	90
Figure 15	Structure religieuse des communes de la sous-préfecture de Ouessè.	92
Figure 16	Proportion de la population de plus de 3 ans qui n'est jamais allée à l'école par localité de la sous-préfecture de Ouessè.	96
Figure 17	Proportion des unités d'habitation de la sous-préfecture s'approvisionnant en eau dans une rivière ou un marigot.	102
Figure 18	Proportion des ménages ayant une habitation avec un toit de paille par localité de la sous-préfecture de Ouessè.	105
Figure 19	Nombre moyen de personnes par pièce d'habitation par village officiel et par agglomération, calculé à partir du recensement de la population de 1992.....	109
Figure 20	Indice économique des localités de la sous-préfecture de Ouessè, calculé à partir de huit indicateurs du recensement de la population de 1992.	114
Figure 21	Indice de niveau économique pondéré par la taille des ménages de treize villages de la sous-préfecture de Ouessè.	118
Figure 22	Nombre de taxis par village de la sous-préfecture de Ouessè en février 1995. ..	128
Figure 23	Groupement hiérarchisé des villages de la sous-préfecture de Ouessè selon 63 variables, liaison proportionnelle, connexité 0.5.	130

Figure 24	Accessibilité des habitants de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè à un service de santé formel: population cumulée en fonction de la distance au service le plus proche en 1994.	136
Figure 25	Nombre mensuel de nouveaux cas ambulatoires en 1993 dans l'ensemble des services de santé publics et confessionnels du Bénin et du département du Zou.	147
Figure 26	Services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè en 1992-93.	186
Figure 27	Population cumulée par village des aires d'attraction officielles des trois types de services de santé curatifs formels de la sous-préfecture de Ouessè, en fonction de la distance aux services desservant ces aires, en 1994.	190
Figure 28	Population cumulée par village, en fonction de la distance, des aires d'attraction officielles des dispensaires des CCS de la sous-préfecture de Ouessè), en 1994.	197
Figure 29	Nombre approximatif de guérisseurs traditionnels par localité de la sous-préfecture de Ouessè.	227
Figure 30	Evolution d'avril 1991 à janvier 1995 du nombre de nouveaux cas dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè et variation en % entre les mois identiques de deux années successives, pour l'ensemble de nouveaux cas.	245
Figure 31	Evolution du nombre de patients hospitalisés au CSSP de Ouessè de janvier 1992 à janvier 1995.	246
Figure 32	Evolution mensuelle du nombre de nouvelles et d'anciennes consultantes pour la consultation prénatale dans l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	251
Figure 33	Evolution du nombre mensuel d'accouchements dans les maternités publiques de la sous-préfecture de Ouessè, de janvier 1991 à janvier 1995.	255
Figure 34	Nombre mensuel moyen de naissances dans les maternités de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994.	256
Figure 35	Evolution du nombre mensuel de consultations curatives ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin, d'octobre 1991 à décembre 1994.	275
Figure 36	Evolution du nombre mensuel d'hospitalisations à l'hôpital Saint-Martin, d'octobre 1991 à décembre 1994.	276
Figure 37	Evolution mensuel d'octobre 1991 à décembre 1994 du nombre de consultations pour le suivi de croissance des enfants de 0 à 3 ans au centre social de Ouessè.	281
Figure 38	Nombre de consultations et taux d'utilisation par localité à l'hôpital Saint-Martin de Papané, en 1994.	374
Figure 39	Ecart selon la distance entre la population cumulée par village officiel de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de consultations curatives ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin, en 1994.	374
Figure 40	Taux d'utilisation par localité des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè en fonction du niveau hiérarchique et de la distance, en 1994.	378
Figure 41	Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané, en 1994.	380
Figure 42	Nombre de consultations et taux d'utilisation par localité au CSSP de Ouessè, en 1994.	383
Figure 43	Ecart selon la distance entre la population cumulée par village officiel de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de nouveaux cas curatifs ambulatoires au CSSP de Ouessè, en 1994.	385
Figure 44	Aire d'attraction du CSSP de Ouessè, en 1994.	389

Figure 45	Nombre de nouvelles consultations et taux d'utilisation par localité dans les CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	392
Figure 46	Ecart selon la distance entre la population cumulée par village des six aires d'attraction officielles des CCS de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de consultations curatives ambulatoires dans l'ensemble des CCS, en 1994.	393
Figure 47	Aire d'attraction des CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	395
Figure 48	Aires d'attraction dominante des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.	398
Figure 49	Croquis de situation des agglomérations de Ouessè et d'Odougba.	401
Figure 50	Evolution globale des taux d'utilisation pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994.	410
Figure 51	Evolution par sexe des taux d'utilisation pour les soins curatifs ambulatoires, pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994.	425
Figure 52	Evolution par sexe et région des taux d'utilisation pour les soins ambulatoires curatifs de l'hôpital Saint-Martin de Papané et du CSSP de Ouessè, de 1992 à 1994.	426
Figure 53	Evolution par sexe des taux d'utilisation pour les soins curatifs des dispensaires, de 1992 à 1994.	428
Figure 54	Evolution par sexe des taux d'utilisation pour des soins curatifs des services de santé privés et de l'UVS d'Attata, de 1992 à 1994.	429
Figure 55	Taux d'utilisation pour les soins ambulatoires de l'hôpital Saint-Martin de Papané en fonction du sexe et de la distance, en 1994.	433
Figure 56	Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires en fonction du sexe et de la distance en 1994.	434
Figure 57	Taux d'utilisation des dispensaires de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs en fonction du sexe et de la distance, en 1994.	435
Figure 58	Différence d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les habitants des localités de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe, en 1994.	437
Figure 59	Différence d'attraction du CSSP de Ouessè sur les habitants des localités de la sous-préfecture selon le sexe, en 1994.	440
Figure 60	Différence d'attraction des CCS sur les habitants des localités de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe, en 1994.	441
Figure 61	Evolution de 1992 à 1994 du taux global d'utilisation par âge de tous les services de santé modernes pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	445
Figure 62	Evolution de 1992 à 1994 des taux d'utilisation par âge et provenance par région de l'hôpital Saint-Martin de Papané et du CSSP de Ouessè.	447
Figure 63	Evolution des taux d'utilisation par âge des dispensaires, de 1992 à 1994.	450
Figure 64	Evolution des taux d'utilisation par âge des principaux services de santé privés de la sous-préfecture de Ouessè et de l'UVS d'Attata, de 1992 à 1994.	452
Figure 65	Taux de dépendance des patients envers l'hôpital Saint-Martin selon l'âge et la distance, en 1994.	456
Figure 66	Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin de Papané pour les soins curatifs ambulatoires en fonction de l'âge et de la distance, en 1994.	458

Figure 67	Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires en fonction de l'âge et de la distance, en 1994.	459
Figure 68	Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS pour les soins curatifs en fonction de l'âge et de la distance, en 1994.	460
Figure 69	Différence d'attraction de l'hôpital Saint-Martin selon l'âge en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les enfants de moins d'un an.	464
Figure 70	Différence d'attraction du CSSP de Ouessè selon l'âge en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les bébés de moins d'un an.	465
Figure 71	Différence d'attraction des CCS selon l'âge pour les soins curatifs en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les enfants de moins d'un an.	466
Figure 72	Proportion de chaque pathologie dans chacun des trois niveaux hiérarchiques de services de santé pour des soins curatifs ambulatoires, en 1994.	474
Figure 73	Proportion de chaque pathologie selon la provenance chez les patients ambulatoires de l'hôpital Saint-Martin et du CSSP de Ouessè, en 1994.	478
Figure 74	Taux de dépendance envers l'hôpital Saint-Martin de la population de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins ambulatoires curatifs, par pathologie et provenance, en 1994.	490
Figure 75	Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers le CSSP de Ouessè par pathologie pour les soins ambulatoires curatifs, en 1994.	491
Figure 76	Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers les CCS par pathologie, en 1994.	492
Figure 77	Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers le poste de secours de Laminou et l'UVS d'Attata par pathologie, en 1994.	493
Figure 78	Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994.	496
Figure 79	Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin en fonction de la distance pour les traumatismes, la malnutrition, les morsures de serpents, les dermatoses et la chirurgie.	497
Figure 80	Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994.	498
Figure 81	Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè en fonction de la distance pour les traumatismes, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition, les morsures de serpents et les dermatoses.	499
Figure 82	Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994.	500
Figure 83	Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS en fonction de la distance pour les traumatismes, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition et les dermatoses.	501
Figure 84	Probabilité en fonction de la distance qu'une consultation ambulatoire à l'hôpital Saint-Martin débouche sur une hospitalisation, en 1994.	516
Figure 85	Probabilité en fonction de la distance qu'une nouvelle consultation ambulatoire au CSSP de Ouessè débouche sur une hospitalisation, en 1994.	517

Figure 86	Probabilité d'hospitalisation suite à une consultation ambulatoire, selon la pathologie et l'hôpital, en 1994.	519
Figure 87	Taux d'hospitalisation et d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin et du CSSP de Ouessè en fonction de la distance, en 1994.	526
Figure 88	Taux d'hospitalisation par sexe à l'hôpital Saint-Martin et au CSSP de Ouessè en fonction de la distance, en 1994.	526
Figure 89	Taux d'hospitalisation à l'hôpital Saint-Martin en fonction de l'âge et de la distance, en 1994.	527
Figure 90	Taux d'hospitalisation au CSSP de Ouessè en fonction de l'âge et de la distance, en 1994.	528
Figure 91	Taux de consultation prénatale en 1994 par rapport au nombre de naissances attendues à l'hôpital Saint-Martin, selon la distance.	534
Figure 92	Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux de dépendance de la ressource, en 1994.	535
Figure 93	Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux d'utilisation, en 1994.	536
Figure 94	Aire d'attraction du CSSP de Ouessè pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux d'utilisation, en 1994.	540
Figure 95	Nombre moyen de consultations prénatales effectuées par les femmes ayant accouché au CSSP de Ouessè, selon la distance, en 1992 et 1994.	541
Figure 96	Aire d'attraction des CCS pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux de dépendance de la ressource, en 1994.	545
Figure 97	Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les accouchements en 1994, selon le taux de dépendance de l'hôpital envers chaque localité.	548
Figure 98	Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin en 1994, selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.	549
Figure 99	Taux d'accouchement par rapport au nombre de naissances attendues et taux d'utilisation des soins curatifs selon la distance à l'hôpital Saint-Martin, en 1994.	549
Figure 100	Aire d'attraction du CSSP de Ouessè pour les accouchements en 1994, selon le taux de dépendance de la maternité envers chaque localité.	553
Figure 101	Aire d'attraction du CSSP de Ouessè en 1994, selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.	554
Figure 102	Taux d'accouchement et de nouvelles consultations prénatales par rapport au nombre de naissances attendues et taux d'utilisation des soins curatifs au CSSP de Ouessè selon la distance, en 1994.	556
Figure 103	Aire d'attraction des CCS pour les accouchements en 1994 selon le taux de dépendance des maternités envers chaque localité.	559
Figure 104	Aire d'attraction des CCS en 1994 selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.	561
Figure 105	Aire d'attraction du centre social de Ouessè et de son antenne de Gbanlin selon le taux d'inscription, en 1992.	565
Figure 106	Taux d'inscription selon la distance et le sexe aux séances de suivi de croissance des enfants du centre social de Ouessè, en 1992.	566

Figure 107	Espace médical des service de santé de la sous-préfecture de Ouessè pour la vaccination, en 1994.	568
Figure 108	Couverture vaccinale des enfants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, en 1992.	573
Figure 109	Distribution des services de santé et des caractéristiques des patients en fonction des deux premiers axes factoriels pour l'année 1994.	582
Figure 110	Nombre de nouvelles consultations selon la distance par patient différent au CSSP de Ouessè et au dispensaire de Tosso, en 1992.	588
Figure 111	Proportion de la population selon la distance qui n'a jamais fréquenté le CSSP de Ouessè et le dispensaire de Tosso pour des soins curatifs, en 1992.	589
Figure 112	Taux d'utilisation et proportion de la population qui a effectué au moins une nouvelle consultation en 1992 au CSSP de Ouessè et au dispensaire de Tosso selon la distance.	590
Figure 113	Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	598
Figure 114	Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour le paludisme, en 1994.	610
Figure 115	Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour les affections uro-génitales, en 1994.	611
Figure 116	Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour l'hospitalisation, en 1994.	615
Figure 117	Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour les consultations prénatales, en 1994.	619
Figure 118	Espace de soins des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour les accouchements, en 1994.	626
Figure 119	Taux global d'utilisation par localité de tous les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.	645
Figure 120	Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus pour les 1'334 cas de maladie.	713
Figure 121	Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus, pour les 930 cas dont la première étape consiste en l'automédication.	716
Figure 122	Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus, pour les 360 cas dont la première étape est un recours extérieur.	719
Figure 123	Première action thérapeutique en fonction de la distance au service de santé formel le plus proche.	792
Figure 124	Premier recours extérieur en fonction de la distance au service de santé formel le plus proche.	795
Figure 125	Proportion des utilisateurs des services de santé formels qui sont allés dans chacun des types de services en fonction de son éloignement.	800
Figure 126	Proportion des malades ayant effectué un recours extérieur sans automédication préalable, en fonction de la possession ou non d'une voiture ou d'une moto par leur ménage et de la distance au service de santé formel le plus proche.	804
Figure 127	Affinités particulières et principaux antagonismes intervillageois dans la sous-préfecture de Ouessè.	813

Figure 128	Mois pendant lesquels l'argent manque le plus dans les ménages: proportion des ménages ayant mentionné chacun des mois.	832
Figure 129	Différence interannuelle du nombre de nouvelles consultations mensuelles pour l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè.	838
Figure 130	Prévalence mensuelle perçue par sexe et catégorie d'âge dans la sous-préfecture de Ouessè.	887
Figure 131	Prévalence mensuelle apparente par pathologie dans la sous-préfecture de Ouessè.	891
Figure 132	Prévalence mensuelle perçue par pathologie et sexe dans la sous-préfecture de Ouessè.	894
Figure 133	Prévalence mensuelle perçue par pathologie et âge – enfants/adultes – dans la sous-préfecture de Ouessè.	895
Figure 134	Prévalence mensuelle perçue par pathologie pour cinq catégories d'âge dans la sous-préfecture de Ouessè.	897
Figure 135	Prévalence apparente par sexe de treize affections dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	899
Figure 136	Prévalence apparente par âge de treize affections dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	900
Figure 137	Prévalence mensuelle apparente par pathologie et région de la sous-préfecture de Ouessè.	901
Figure 138	Taux de mortalité apparent par sexe dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	903
Figure 139	Taux de mortalité apparent par âge dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.	903
Figure 140	Prévalence apparente de treize affections dans treize villages de la sous-préfecture de Ouessè.	915
Figure 141	Taux global par village d'accès aux services de santé formels en fonction de la distance au service de santé le plus proche.	996
Figure 142	Zone à risque de sous-utilisation relative d'un service de santé formel dans la sous-préfecture de Ouessè.	1003

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1	Questionnaire sur les itinéraires thérapeutiques dans la sous-préfecture de Ouessè.
Annexe 2	Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers la population et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1992.
Annexe 3	Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource envers la population, score de consultation et score total par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1992.
Annexe 4	Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers la population et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1993.
Annexe 5	Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource envers la population, score de consultation et score total par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1993.
Annexe 6	Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers la population et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
Annexe 7	Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource envers la population, score de consultation et score total par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
Annexe 8	Taux de dépendance des hommes envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les hommes et taux de consultation des hommes par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
Annexe 9	Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les hommes de la sous-préfecture de Ouessè.
Annexe 10	Taux de dépendance des femmes envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les femmes et taux de consultation des femmes par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
Annexe 11	Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les femmes de la sous-préfecture de Ouessè.
Annexe 12	Taux de dépendance des enfants de moins d'un an envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les enfants de moins d'un an et taux de consultation des enfants de moins d'un an par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
Annexe 13	Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les enfants de moins d'un an de la sous-préfecture de Ouessè.
Annexe 14	Taux de dépendance des enfants de 1 à 4 ans envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les enfants de 1 à 4 ans et taux de consultation des enfants de 1 à 4 ans par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.

-
- Annexe 15 Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les enfants de 1 à 4 ans de la sous-préfecture de Ouessè.
- Annexe 16 Taux de dépendance des enfants de 5 à 14 ans envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les enfants de 5 à 14 ans et taux de consultation des enfants de 5 à 14 ans par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
- Annexe 17 Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les enfants de 5 à 14 ans de la sous-préfecture de Ouessè.
- Annexe 18 Taux de dépendance des adultes envers chaque service de santé, taux de dépendance de la ressource envers les adultes et taux de consultation des adultes par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
- Annexe 19 Score de dépendance envers chaque service de santé, score de dépendance de la ressource, score de consultation et indice de dépendance en 1994, pour les adultes de la sous-préfecture de Ouessè.
- Annexe 20 Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
- Annexe 21 Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de consultation et indice de dépendance par localité de la sous-préfecture de Ouessè en 1994.
- Annexe 22 Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè pour le paludisme, en 1994.
- Annexe 23 Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de consultation et indice de dépendance par localité de la sous-préfecture de Ouessè pour le paludisme, en 1994.
- Annexe 24 Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé et taux de consultation par localité de la sous-préfecture de Ouessè pour les affections uro-génitales, en 1994.
- Annexe 25 Score de dépendance de la population envers chaque service de santé, score de consultation et indice de dépendance par localité de la sous-préfecture de Ouessè pour les affections uro-génitales, en 1994.
- Annexe 26 Taux et score de dépendance de la population envers chaque service de santé, taux et score d'hospitalisation par localité de la sous-préfecture de Ouessè et indice global de dépendance pour les hospitalisations en 1994.
- Annexes 27 Itinéraires thérapeutiques détaillés pour 1'334 malades de la sous-préfecture de Ouessè en 1995.

ABRÉVIATIONS

AC	ancien cas
AVS	agent villageois de santé
BCG	vaccin bilié de Calmette et de Guérin (contre la tuberculose)
CAME	Centrale d'achat des médicaments essentiels
CCS	complexe communal de santé
CHD	centre hospitalier départemental
CNHU	Centre national hospitalier universitaire (Cotonou)
COGEC	comité de gestion (des services de santé) au niveau communal
COGES	comité de gestion (des services de santé) au niveau sous-préfectoral
CSCU	centre de santé circonscription urbaine
CSSP	centres de santé de sous-préfecture
DCI	désignation commune internationale (pour les médicaments)
DDA	Direction de la coopération au développement et de l'aide humanitaire
DDC	Direction du développement et de la coopération suisse (nouveau nom de la DDA)
DDS	direction départementale de la santé
DTCP	vaccin contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (le chiffre suivant DTCP indique le numéro de la dose)
FCFA	franc de la Communauté financière d'Afrique occidentale
FMI	Fond monétaire international
GAPHOB	Groupement d'achat des pharmaciens d'officine du Bénin
INSAE	Institut national de statistique et d'analyse économique
IUED	Institut universitaire d'études du développement
MS	Ministère de la santé
NC	nouveau cas
OCBN	Organisation commune Bénin-Niger (compagnie de chemins de fer)
ONP	Office national de la pharmacie
OR	Odds ratio
PDSS	Programme de développement socio-sanitaire
PEV	programme élargi de vaccination
PMA	pays les moins avancés
PMSBS	Programme médico-sanitaire bénino-suisse
PMSS	Projet médico-sanitaire suisse
PNB	produit national brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
Polio 0	dose initiale du vaccin contre la poliomyélite
SMI	santé maternelle et infantile
SONACOP	Société nationale de commercialisation des produits pétroliers
SOPHABE	Société pharmaceutique du Bénin

SSP	soins de santé primaires
UVS	unité villageoise de santé
VAT	vaccin antitétanique (le chiffre suivant VAT indique le numéro de la dose)

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma plus vive gratitude aux nombreuses personnes et institutions qui, de diverses manières, ont permis la réalisation de cette thèse. Mes remerciements s'adressent en particulier:

- au Prof. Frédéric Chiffelle, Directeur de l'Institut de géographie de l'université de Neuchâtel et directeur de cette thèse;
- à M. Jean-Pierre Gontard, Directeur du Service études et projets de l'IUED et au Dr. Eric Burnier, responsable des projets santé de l'IUED, à Genève;
- aux Drs Jean-Pierre Epailard, Ernesto Papa et à son épouse Marceline, Eduardo Puch, Hector Izurieta et Lozito du Programme médico-sanitaire bénino-suisse (PMSBS), au Bénin; ainsi qu'aux employés du bureau du PMSBS à Cotonou;
- au Dr. Ibrahima Seidou, médecin-chef de la sous-préfecture de Ouessè et aux Drs. Germain Dansi et Djima Alao, médecins-chefs adjoints;
- au Dr. Guy Laurent, médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin de Papané, à son épouse Nicole, infirmière et sage-femme, et au Dr. Alain Dos Santos, médecin-ajoint;
- au Dr. Véronique Lawson, Ministre de la santé publique du Bénin, pour l'autorisation de recherche;
- à l'ensemble du personnel des services de santé publics, confessionnel et privés de la sous-préfecture de Ouessè, ainsi qu'à celui du centre social de Ouessè, qu'aux guérisseurs traditionnels et devins de la sous-préfecture de Ouessè et qu'aux vendeuses de médicaments de l'agglomération de Ouessè;
- aux enquêteurs ayant participé à l'enquête domiciliaire: Moïse Achade, Souradjou Achimi, Valéry Adidjagnon, Nouréni Akambi, Théophile Améhoun, Léon Assogba, Samuel Ayédegue, Alex Egouleti, Makpingbé Koffi, Gabriel Kpoïte, Emile Sogbo et Raymond Tchabi;
- à M. Raymond Ezin, coordonateur de l'alphabétisation dans la sous-préfecture de Ouessè, ainsi qu'à son collègue, pour la traduction du questionnaire en *mahi* et en *nagot*;
- à MM. Maurice Bankolé, Nicaise Kodjogbé, Euzerbe Gomez et Grégoire Kpékpédé de l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE);
- au Prof. Alexis Bankolé, Directeur du Département de géographie de l'Université Nationale du Bénin et à son collègue, le Prof. Michel Boko;
- au personnel du centre de documentation du Ministère de la santé publique, de la bibliothèque de la Faculté des lettres, des arts et des sciences humaines et de la Faculté de médecine de l'Université nationale du Bénin;
- à M. Alphonse Akpamoli, Chef du Service des études de stratégie et de la prévision au Ministère de la santé publique;
- à mes collègues, MM. Jérôme Brandt et Mark Haltmeier, assistants à l'Institut de géographie de l'université de Neuchâtel;
- aux sous-préfets de la sous-préfecture de Ouessè, aux maires des neuf communes et aux chefs des 39 villages officiels de cette sous-préfecture;

- à l’ensemble de la population de la sous-préfecture de Ouessè et tout particulièrement aux autorités locales et aux habitants d’Adougou, Akpéro, Attannondoho, Attata, Djegbé, Gbaffo de Kpassa, Gbanlin, Gbédé, Idadjo, Kilibo Olata, Odo Akaba, Toui PK et Wokpa, où s’est déroulée l’enquête domiciliaire;
- à M. Liamidi Boni de Ouessè, indispensable et apprécié interprète, intermédiaire, guide et ami;
- à M. François Roduit, Attaché du Bureau de coordination de la coopération suisse en République du Bénin, à son épouse Fernande, ainsi qu’à Mme Lecoq, secrétaire au Bureau de coordination;
- au Fonds national suisse de la recherche scientifique pour la bourse de chercheur débutant;
- à la Direction au développement et de la coopération suisse (DDC) pour la bourse “Jeune Chercheur” (complément pour frais de terrain à la bourse de chercheur débutant);
- à mes parents;
- à mon épouse, Sylvie, pour la patiente relecture, les conseils avisés et son soutien, ainsi qu’à mes filles, Viviane et Aude, à qui je dédie cette thèse.

Ce n'est pas le repos qui réduit la distance, mais la marche

PROVERBE BANTOU, AFRIQUE DU SUD

INTRODUCTION

1. PROBLÉMATIQUE GÉNÉRALE

Depuis l'indépendance, et en particulier depuis le milieu des années 1970, l'Etat béninois, comme beaucoup d'autres Etats en développement, a consenti d'importants efforts pour fournir une couverture sanitaire de base à l'ensemble de la population. La coopération bi- et multilatérale, ainsi que, d'une manière non concertée, le secteur privé à but lucratif et le secteur confessionnel ou associatif à but non lucratif, y ont largement contribué. L'Etat répondait ainsi à l'une de ses vocations premières: protéger la santé individuelle et promouvoir la santé publique (SALEM, 1993). Ces efforts visent l'amélioration de l'état de santé de la population, par la diffusion des soins préventifs et curatifs de type "moderne"¹.

Le réseau de services de santé publics mis en place, ainsi que les services privés et confessionnels, ne peuvent espérer jouer ce rôle que s'ils sont potentiellement accessibles et, surtout, effectivement utilisés. Il s'agit là à l'évidence d'une condition nécessaire, mais pas suffisante; d'autres facteurs, comme la qualité des soins, entrent aussi en ligne de compte. L'accès potentiel aux soins de santé dispensés par des spécialistes de la santé, qu'ils soient guérisseurs "traditionnels", infirmiers, médecins ou guérisseurs par la foi (*faith healers*), dépend en premier lieu de la couverture sanitaire de la région ou de l'Etat considéré, c'est-à-dire du volume de services de santé, de thérapeutes, de lits d'hospitalisation... disponible pour une population vivant dans un espace donné. Or, malgré les efforts importants consentis au Bénin, le nombre de services de santé publics disponibles au milieu des années 1990 était encore inférieur à celui prévu par la planification sanitaire nationale et les inégalités de couverture sanitaire actuelles n'auront pas disparu lorsque les constructions projetées seront achevées. De plus, la desserte médicale reste très faible: en 1992, le service public béninois comptait 1 médecin pour 18'200 habitants, 1 infirmier pour 4'070 habitants et 1 sage-femme pour 2'530 femmes de 15 à 44 ans (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993b).

La disponibilité seule n'implique pas l'utilisation, même lorsque des besoins en soins de santé sont avérés. Au Bénin, comme dans la plupart des pays en développement, nous nous trouvons dans une situation apparemment paradoxale: la couverture sanitaire, mesurée en termes de disponibilité d'infrastructures, de densité ou de desserte médicales ou encore de lits d'hospitalisation, y est limitée, et pourtant les services de santé fonctionnels disponibles restent largement sous-utilisés.

Donnons quelques chiffres relatifs au Bénin et à certaines de ses subdivisions administratives, de même qu'à quelques autres Etats africains, pour illustrer cette très faible utilisation des services de santé à la fin des années 1980 et au début des années 1990. Ces données sont toutes issues d'une synthèse de Levy-Brühl, Soucat, Osseni [*et al.*] (1997).

Selon une enquête menée en 1987 dans 44 services de santé publics répartis dans tout le Bénin, le taux moyen d'utilisation est de 9 % pour les soins curatifs, soit moins d'une consultation par personne tous les dix ans! Cette très faible utilisation n'a rien d'exceptionnelle en Afrique subsaharienne. Ces mêmes auteurs rapportent qu'en 1987 le taux d'utilisation est en effet quasi nul en Guinée, où les services de santé ne sont pas fonctionnels. Ils relèvent encore des taux d'utilisation de 5 à 10 % au Cameroun en 1995, pour les aires de santé dont les services n'ont pas été revitalisées par l'Initiative de Bamako (cf. partie I, chap. 3a), et de 15 à 44 % là où c'est le cas. En 1994, ces taux sont respectivement de 15 et 45 % en Guinée-Bissau. L'année

¹ Bien que conscient de la faible pertinence des termes "moderne" et "traditionnel" pour désigner d'une part la médecine de type occidentale, que d'aucuns appellent biomédecine ou médecine allopathique, et, d'autre part, la médecine indigène, nous les adoptons d'autant plus volontiers comme des raccourcis commodes qu'aucun des termes de substitution proposés ne font l'objet d'un consensus.

suivante, le taux d'utilisation de six centres de santé revitalisés au Mali est de 25 %; il est de 12 % pour 22 centres de santé ivoiriens.

D'après une enquête menée en 1993 dans 201 services de santé publics béninois, 85 % de la population habite à moins de 5 kilomètres d'un service de santé public. Ce taux est de 91 % pour le Sud, de 88 % pour le Centre et de 67 % pour le Nord. Malgré cette accessibilité potentielle plutôt bonne, le taux moyen d'utilisation de ces services n'est que de 24 % (24 % pour le Sud, 15 % pour le Centre et 26 % pour le Nord). Ces diverses enquêtes de couverture pour les soins curatifs reflètent bien les taux d'utilisation très bas enregistrés pour l'ensemble des services de santé publics et confessionnels du Bénin (cf. partie I, chap. 4c).

L'amélioration de l'accessibilité et le renforcement des activités de soins maternels et infantiles se sont traduits au Bénin, par une forte augmentation de la couverture entre la fin des années 1980 et le début des années 1990. Si bien que, contrairement à ce qui est souvent observé dans les pays en développement, la couverture pour ce type d'activités, largement préventives, y est supérieure à celle des activités curatives.

En 1986, 35 % des Béninoises enceintes ont effectué au moins une consultation prénatale, contre moins de 10 % en Guinée. Cette proportion n'est respectivement que de 5 et 3 % pour celles qui ont effectué au moins trois consultations prénatales. Entre le premier semestre de 1989 et le dernier de 1993, le taux d'utilisation de la consultation prénatale relevé dans 90 services de santé publics du Bénin passe de 48 % pour au moins une consultation prénatale à 66 %, et surtout de 29 à 53 % pour au moins trois consultations prénatales. Par contre, le taux d'accouchement en maternité pour les zones desservies par ces 90 services ne s'est pas amélioré. Il passe de 79 % en 1989 à 80 % en 1993, après une sensible diminution de 1990 à 1992. Selon une enquête plus large citée ci-dessus, le taux d'accouchement assisté dans les zones couvertes par 201 services est de 65 % en 1993. Il reste cependant faible dans le Nord (45 %, contre 74 % pour le Sud et 63 % pour le Centre).

La couverture vaccinale a progressé encore plus rapidement que celle de la consultation prénatale au Bénin. En 1986, une enquête estime que seulement 19 % des Béninois de moins d'un an sont complètement vaccinés. Cette couverture n'est même que de 12 %, si l'on ne tient compte que des enfants vaccinés en respectant le calendrier vaccinal. Ces valeurs très basses restent cependant nettement meilleures que celles rapportées par les mêmes auteurs pour la Guinée: 5 %. Selon l'étude menée dans 90 services de santé publiques béninois, la couverture vaccinale (taux d'enfants de moins d'un an entièrement vaccinés en ayant observé l'âge minimal et les intervalles entre les vaccinations) passe de 22 à 68 % entre début 1989 et fin 1993.

Même si certains indicateurs d'activité des services de santé béninois se sont améliorés du milieu de la décennie 1980 au début des années 1990, comme la couverture vaccinale, le taux de consultation prénatale et d'accouchement en maternité, la plupart d'entre eux restent bas à très bas, tout particulièrement pour les soins curatifs, les consultations post-natales et le suivi des enfants sains. Les variations observées d'un département à l'autre ou d'une sous-préfecture à l'autre n'enlèvent rien à la généralité de ce constat, qui fait souvent dire aux acteurs de la santé du Bénin, tout particulièrement parmi les sphères dirigeantes et la coopération étrangère, que les services de santé construits, équipés et dotés en personnel à grands frais sont sous-utilisés. Encore faut-il s'accorder sur ce que l'on entend par "sous-utilisation des services de santé". Il y a en effet plusieurs manières de l'appréhender:

- le constat que "l'hôpital est vide", c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'attente avant les consultations et que le taux d'occupation des lits d'hospitalisation est très faible, laissant des salles entières désertes. Cette faible demande constitue bien un indice de faible utilisation du service. Mais ce seul indice ne saurait suffire. Il convient encore de s'interroger sur la taille respective de l'établissement et de la population habitant son

bassin de recrutement, de même que sur la localisation de la population par rapport à ce dernier, sans parler de la présence éventuelle d'autres services de santé dont l'aire d'attraction recouperait ou engloberait celle du service de santé "vide". Autrement dit, rien d'étonnant qu'un grand service de santé construit dans le petit chef-lieu d'une région peu densément peuplée paraisse vide;

- le constat que le personnel desservant le service de santé est largement désœuvré. Ici encore ce constat doit être pondéré par le volume du personnel disponible et par la taille de la population à desservir. Ainsi, le personnel d'un établissement richement doté devant desservir une petite zone restera partiellement sous-occupé, même s'il satisfait l'ensemble des besoins de soins de la population;
- le taux d'utilisation des différentes prestations jugé trop bas. Ce constat peut encore être nuancé par la prise en compte de l'accessibilité aux services de santé, qui conclut généralement à une rapide diminution des taux d'utilisation dès que l'on s'éloigne d'eux. Un tel jugement sur le niveau de fréquentation renvoie forcément à une norme implicite ou explicite. Les taux de couverture vaccinale, de consultation prénatale et d'accouchement en maternité font souvent l'objet d'objectifs à atteindre, fixant cette norme. Pour les soins curatifs, de tels objectifs n'existent souvent pas¹. Il est communément admis avec l'OMS que, dans les pays en développement, chaque personne devrait avoir un contact annuel avec un service de santé, soit un taux de consultation de 100 %. Cette "norme" est évidemment une moyenne, qui devrait être adaptée à chaque catégorie d'âge.

Considérer un hôpital comme surdimensionné et/ou surdoté en personnel est plutôt un point de vue de planificateur, qui constate un gaspillage de ressources, par ailleurs souvent rares. Constat, en termes de taux, que la population sous-utilise cet hôpital par rapport à des objectifs de prévention et à des normes constitue plutôt une préoccupation de santé publique, axée sur les besoins de soins et de santé de la population. C'est cette dernière approche que nous privilégions. Comme nous l'avons vu ci-dessus, les données béninoises ne manquent pas pour montrer qu'à la fin des années 1980 et au début des années 1990, les taux d'utilisation des services publics disponibles étaient très bas, encore très éloignés de l'objectif que s'est fixé le Ministère de la santé (1994b) pour les soins curatifs: augmenter le taux d'utilisation des services de santé à 80 %.

Comment se fait-il que cette offre publique de prestations sanitaires modernes, somme toute d'un volume très limité, peine à rencontrer une demande, alors que les besoins perçus ou diagnostiqués à travers des enquêtes épidémiologiques sont bien réels (voir par exemple celle de Valdez (1988) pour la sous-préfecture de Ouessè)? Cette question servira de fil conducteur à toute notre recherche.

Partant du même double constat (les indicateurs de mortalité et de morbidité demeurent mauvais et les services offerts sont encore très peu utilisés, principalement les services curatifs), le Ministère de la santé (1994b, sd) apporte, avec courage et lucidité, une première réponse à cette question, en relevant les insuffisances du système de soins public:

- l'accessibilité aux soins est problématique (accessibilité financière, accessibilité géographique);
- la prise en charge des problèmes de santé de la population n'est pas assurée de manière adéquate à la base de la pyramide sanitaire (les soins de santé au niveau périphérique sont souvent de faible qualité, le premier niveau de référence est souvent peu

¹ Au Bénin, les objectifs sont un taux d'utilisation des services de santé pour les soins curatifs de 80 % (avec une accessibilité aux soins assurée à 90 % de la population) et une couverture vaccinale adéquate de 80 % (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

opérationnel (il dispose souvent du même plateau technique que les services de base), la formation de base des médecins n'est pas suffisamment adaptées aux tâches qu'ils rencontrent, notamment pour la chirurgie, l'obstétrique et la gestion);

- la qualité des soins et de la détection des grossesses à risque est insuffisante, alors que le taux de mortalité maternelle reste préoccupant;
- l'approche "soins de santé primaires" (SSP) semble quelque peu fragmentée: absence ou insuffisance de l'éducation pour la santé, de la planification familiale, de la surveillance de la croissance des enfants; la collaboration intersectorielle est peu développée et il existe peu d'activités d'hygiène et d'assainissement;
- les deuxième et troisième niveaux de référence (départemental et national) semblent détachés du système;
- la gestion des commandes de médicaments n'est pas toujours pertinente: ruptures de stocks, prescriptions parallèles de médicaments, vente illicite;
- le cadre juridique de la politique pharmaceutique est insuffisant;
- la définition des mécanismes et objectifs de la participation communautaire est peu claire;
- l'information sanitaire est peu fiable, la qualité des données n'est pas suffisamment contrôlée, l'information sanitaire est peu utilisée dans la planification et la gestion à tous les niveaux du système;
- la gestion du système de santé n'est pas optimale, elle souffre d'un excès de centralisme;
- la mobilisation et l'utilisation des ressources ne sont pas optimales;
- les potentialités du secteur privé ne sont pas utilisées au mieux;
- les ressources humaines sont quantitativement et qualitativement insuffisantes;
- le personnel est démobilisé¹.

Ce constat débouche sur l'énoncé de quelques principes généraux sur lesquels devraient s'appuyer la réorganisation du système de soins. Au premier rang de ces principes se trouve la volonté de garantir à toute la population l'accès à des services de qualité. Il débouche aussi sur l'énoncé de trois priorités, formulées en termes de résultats généraux, non chiffrés:

- diminuer la mortalité et la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans;
- diminuer la mortalité maternelle;
- diminuer la mortalité et la morbidité liées aux principales maladies (paludisme, diarrhées, infections respiratoires aiguës...).

La liste des graves lacunes du système de soins public paraît suffisamment étoffée pour expliquer le faible attrait qu'il exerce sur la population. Avec un brin de cynisme, on pourrait même s'interroger, non pas sur les causes de la faible utilisation du système de soins public, mais sur celles qui poussent malgré tout une partie de la population à le fréquenter.

¹ Notons toutefois que ce constat sans concession relève également quelques points, considérés comme des atouts du système de soins, même si certains d'entre eux nous semblent constituer des processus encore loin d'être achevés:

- le recouvrement des coûts est devenu un élément important de la politique sanitaire nationale;
- la création de la Centrale d'achat des médicaments essentiels;
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de la disponibilité en médicaments;
- la disponibilité d'outils de gestion des activités, des finances et des médicaments;
- l'évaluation permanente des activités et la supervision généralisée des agents desservant les structures de santé périphériques sous forme de monitoring;
- la participation communautaire permettant un contrôle efficace sur la gestion.

Notre question de départ, à laquelle le Ministère de la santé apporte des éléments de réponses assez brutaux que nous reprendrons en partie, soulève immédiatement d'autres interrogations. Tenter de répondre à cette question ciblée sur une catégorie particulière de services de santé – le secteur public – nécessite en effet d'élargir le débat à l'ensemble de l'offre de soins de santé, le secteur public n'ayant pas de monopole en la matière. La question initiale devient alors:

Qui se soigne où (nature du service de santé et localisation), pour quel problème de santé (nature du problème de santé et diagnostic) et pourquoi là plutôt qu'ailleurs?¹

Cette question a principalement, mais non exclusivement, été abordée à travers une démarche géographique, qui effectue une lecture de la société au travers d'indicateurs spatiaux. Nous faisons en effet nôtre la belle et synthétique définition que propose Sautter (1973) de la géographie:

L'étude simultanée des formes de socialisation de l'espace et de spatialisation de la société.

Salem (1995) relève que

ni l'espace ni la société ne se donnent à analyser par une observation simple. Un tel objectif ne peut être atteint que par l'étude concrète d'indicateurs spatiaux dont il s'agira de comprendre l'agencement par les jeux sociaux qui ont engendré cet espace. On construit pour cela "l'Espace Géographique" de cet ou ces indicateurs, c'est-à-dire que l'on établit un modèle explicatif des processus spatiaux-sociaux à l'origine de cette géographie particulière.

Avec Picheral et Salem (1992), nous définissons l'espace géographique comme un construit scientifique, qui permet de mettre en évidence les interrelations entre une société et son environnement, par l'analyse de la distribution dans l'espace et le temps d'indicateurs, apparents ou non, jugés pertinents pour répondre à une question. Il s'agit dès lors de tester l'hypothèse d'une répartition géographique particulière d'un ou plusieurs indicateurs spatiaux, produits de l'interaction des facteurs environnementaux et sociaux, et d'en proposer l'explication.

Cette thèse s'inscrit en géographie des soins que Picheral (1984) définit comme l' "analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins. [Elle comporte la] répartition dans l'espace et dans le temps du système de soins et de l'appareil de distribution de biens et de services médicaux à différentes échelles (...), [l'] étude géographique et sociale de la fréquentation des services de santé et de la consommation médicale. [Elle] recherche une meilleure satisfaction des besoins de santé et une orientation plus efficace des investissements publics et privés". Ces objectifs sont plus limités que ceux, beaucoup plus exigeants, poursuivis par la géographie de la santé, qui "cherche à mesurer l'ajustement du système de soins aux besoins de santé. Dès lors son objectif est bien l'étude globale et spatiale de la qualité de la santé des populations, de leurs comportements et des facteurs de leur environnement (physique, biologique, social, économique, culturel) qui concourent à la promotion ou à la dégradation de leur santé (PICHERAL, 1984).

Dans ce contexte, nous avons retenu comme principal indicateur spatial les flux de patients issus d'une sous-préfecture béninoise. Vu sous deux angles différents, cet indicateur permettra de construire deux espaces géographiques complémentaires: l'espace médical des services de santé formels et l'espace de soins de la population. Les flux de patients, que l'on pourrait symboliser par des vecteurs, se caractérisent par des dimensions clairement spatiales (origine, destination, direction, sens et longueur), mais aussi sociales, qui jouent sur la géographie de cet indicateur (pratiques et politiques territoriales influençant la localisation et la densité de l'offre de soins, ainsi que l'intensité des flux, que ce soit directement ou indirectement par leur impact

¹ Nous sommes là dans la droite ligne de l'interrogation de base que, selon Gesler (1984), pose le recours aux soins: "Quel type de praticien sera utilisé par quel type de personnes et pour quel problème? Quelles sont les caractéristiques des services de soins et de la population les plus importantes pour que les uns et les autres entrent en contact?".

sur l'état sanitaire de la population. Nous posons l'hypothèse qu'il existe une géographie particulière du recours aux soins au sein de la sous-préfecture béninoise étudiée et que la société s'y donne partiellement à lire.

Les grandes étapes de cette thèse consistent à :

- éclairer la géographie, surtout humaine, de la sous-préfecture de Ouessè, en insistant sur les facteurs influençant potentiellement le choix d'un recours thérapeutique;
- inventorier, localiser et décrire l'ensemble des ressources sanitaires disponibles et leurs activités, qu'elles soient formelles ou non, de type moderne ou traditionnel, en insistant sur l'accessibilité géographique à cette offre;
- étudier l'espace médical (l'aire d'attraction) de chaque service de santé moderne de la sous-préfecture en tenant compte du "qui?" et du "pour quoi?", afin de définir la hiérarchie des espaces médicaux, leurs limites, les gradients, les seuils, les zones de recouvrement et les éventuelles zones hors de toute aire d'attraction;
- étudier l'espace de soins des habitants de la sous-préfecture en tenant compte du "qui?" et du "pour quoi?", afin d'en définir les limites, la polarisation unique ou multiple, les gradients, les seuils;
- décrire et analyser, en insistant sur la localisation des malades et de l'offre de soins, les comportements de recherche de soins, à travers l'étude des itinéraires thérapeutiques (cf. la définition de Dory, dans le chap. 2d ci-dessous);
- établir les déterminants des comportements de recherche de soins de santé, y compris ceux relatifs à l'accessibilité, afin de définir les groupes à risque de non utilisation ou de sous-utilisation relative d'un thérapeute spécialisé (par opposition à l'automédication¹);
- définir les aires à risque de sous-utilisation des services de santé en localisant les groupes à risque au moyen de la géographie des facteurs de risque potentiels.

L'apport opérationnel de cette thèse réside principalement dans :

- la définition de la population à risque et la délimitation des aires à risque de sous-utilisation des services de santé;
- l'optimisation de la localisation des infrastructures sanitaires par une connaissance fine de l'impact de leur accessibilité sur leur fréquentation, alors que l'allocation actuelle des ressources se fait essentiellement selon des critères normatifs;
- l'optimisation, dans un contexte de restriction ou de stagnation des ressources budgétaires et humaines, des investissements d'équipement et de personnel sanitaires, en fournissant quelques clés permettant d'améliorer leur utilisation.

Nous espérons ainsi contribuer modestement à l'amélioration de la santé des Béninois, en ayant bien conscience de n'influencer – peut-être – qu'un des multiples leviers qui déterminent l'état de santé d'une population, à savoir le système de soins. Et encore, il ne s'agit même pas du levier principal. Les travaux des historiens de la santé et de certains médecins, comme McKeown et Lowe (1966), montrent en effet que les progrès décisifs dans le domaine de la santé publique sont plus à rapprocher des progrès de l'hygiène, de l'alimentation et du niveau de vie que de ceux de la médecine. On l'oublie ou feint trop souvent de l'oublier, au risque que les politiques sanitaires, nationales et de coopération internationale, tendent à des réalisations

¹ Par automédication nous entendons la prise d'un traitement dans un cadre profane, essentiellement le ménage. L'aide et les conseils fournis par des proches (parents, amis, voisins) non spécialistes de la santé (comme les agents de santé, les guérisseurs et les devins), ou par des vendeurs de médicaments relèvent aussi de l'automédication.

d'infrastructures médicales, sans s'attaquer aux causes, confondant ainsi santé et médecine, but et moyen (SALEM, 1993).

L'accès, avec toutes les dimensions qu'il implique, constitue le concept central de cette thèse. Nous allons longuement l'explicitier, tout en le situant dans le contexte particulier des pays en développement.

2. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

a) Introduction

Lors de la conférence d'Alma Ata en 1978, l'OMS promeut les soins de santé primaires et lance son grand mot d'ordre mobilisateur: "La santé pour tous en l'an 2000". A l'évidence, cet objectif trop ambitieux ne sera pas atteint avant longtemps (PHILLIPS, 1990; BRUNET-JAILLY, 1993). Sous sa forme de slogan, il ne sera même jamais réalisé. Nul n'aurait en effet la prétention de promettre ou même de viser la santé universelle, tant la maladie, le malheur, le malaise, sont parties intégrantes de la nature biologique et sociale de l'homme. Sous une forme accrocheuse et volontariste, le slogan de l'OMS préconise en fait l'accès de tous aux soins préventifs et curatifs de santé primaires d'ici l'an 2000. Cet objectif, plus concret et réaliste, reste malgré tout fort téméraire vu les ressources humaines et financières disponibles. Le succès de cette stratégie devrait se mesurer en termes d'amélioration de l'état de santé de la population (PHILLIPS, 1990).

Une définition opératoire du concept d'accès devient dès lors nécessaire. Il s'agit bien en effet de donner un contenu pratique, qui se traduit souvent par des normes de couverture sanitaire, à un concept au contenu finalement fort variable. Une des acceptions les plus générales de l'accessibilité, à savoir "la facilité avec laquelle un lieu peut être atteint à partir d'autres lieux" (SMALL et WITHERICK, 1986)¹, concerne évidemment directement les géographes, dont l'une des préoccupations est justement de s'interroger sur le rôle de la distance dans les interactions spatiales. Comme nous le verrons, elle n'est de loin pas la seule définition, mais certainement celle qui sous-tend le plus la planification sanitaire. Posant l'hypothèse d'une utilisation supérieure du service le plus proche offrant une prestation donnée, le concept de "centrisme" lié à cette définition reste dominant. Certaines études empiriques remettent cependant en cause la pertinence de cette hypothèse (BAILEY et PHILLIPS, 1990).

Les efforts visant à améliorer l'accès reposent sur le postulat selon lequel un meilleur accès aux services de santé conduit à une utilisation plus appropriée, c'est-à-dire généralement plus fréquente, et partant à un meilleur état de santé de la population. Pourtant, aucune de ces deux évidences n'est réellement démontrée. Malgré un nombre croissant d'études, la nature du lien entre accès et utilisation reste peu claire (THOMAS et PENCHANSKY, 1984). Comme le font remarquer avec pertinence Donabedian (1973) et Fiedler (1981), la preuve de l'accès est l'utilisation des services, pas simplement leur présence. Or, dans beaucoup de pays du tiers monde, tout particulièrement dans les zones rurales, l'augmentation de l'utilisation des services de santé demeure l'un des grands défis de la planification sanitaire (PHILLIPS, 1990). Il convient donc de s'interroger ici sur les facteurs qui conditionnent l'accès aux services de santé, notamment sur les différentes barrières qui freinent ou empêchent l'expression d'un besoin ressenti, mais aussi sur l'organisation du système de santé qui, en envoyant le patient d'un niveau à l'autre de la hiérarchie sanitaire, oriente l'itinéraire thérapeutique des patients (système de référence). Une telle approche, permettant de définir des groupes sociaux ou des aires (ou zones)

¹ Huriot et Perreur (1994) développent cette définition en insistant sur quelques déterminants de l'accessibilité: la distance et la répartition spatiale. Selon eux, l'accessibilité d'un objet est "l'évaluation de la plus ou moins grande facilité avec laquelle on peut atteindre cet objet. (...) L'accessibilité d'un lieu, depuis un autre lieu ou depuis un ensemble d'autres lieux, mesure la facilité du déplacement qui permet d'atteindre ce lieu; elle est donc reliée aux distances qui séparent ces lieux. Cet objet peut être un bien, un service ou tout attribut spatialement réparti. Nous parlons alors d'accessibilité d'une fonction, et sa mesure dépend comme précédemment des facilités de déplacement mais aussi de la répartition spatiale de la fonction concernée".

à risque de sous-utilisation relative des services de santé¹ (FASSIN et JEANNÉ, 1989; PICHERAL, 1989), se révèle fort utile pour la planification sanitaire.

b) Le concept d'accès

Définie brièvement comme l'analyse spatiale de l'offre de soins et du recours aux soins (PICHERAL, 1984), la géographie des soins de santé repose sur le concept d'accès ou d'accessibilité; les deux termes n'étant d'ailleurs pas forcément équivalents selon les auteurs. La position clé occupée par ce concept explique sans doute la multiplicité de ses définitions, tantôt très étroites, tantôt extrêmement larges, mais alors souvent plus vagues. Frenk (1992) affirme à juste titre qu'une revue de la littérature à ce sujet laisse l'impression d'un inextricable réseau de mots et de significations. Il expose quelques-unes des raisons, renvoyant à la multiplicité des approches, qui empêchent toute élaboration d'un cadre conceptuel unifié. Tout d'abord, différents termes, notamment accessibilité et disponibilité, sont utilisés par certains auteurs comme synonymes d'accès. De plus, l'accès est tantôt considéré comme la propriété des ressources sanitaires, tantôt comme celle des utilisateurs potentiels, et tantôt encore (DONABEDIAN, 1973; FIEDLER, 1981; PENCHANSKY et THOMAS, 1981) comme le degré d'ajustement entre les caractéristiques de la population et celles des ressources sanitaires. Finalement, le champ couvert par le concept d'accès reste mal défini, notamment quant à ses limites avec celui d'utilisation.

Parmi les définitions étroites de l'accessibilité, nous avons déjà mentionné celle de Small et Witherick (1986). Ces auteurs ajoutent encore qu'ainsi définie en termes de transport, "l'accessibilité est la qualité relative possédée par un lieu résultant de sa localisation particulière dans un réseau de transport". Mais ils élargissent aussitôt cette définition en précisant que dans un contexte social, l'accessibilité renvoie à la capacité, pour différents groupes sociaux, d'obtenir des biens et des services. Ils rejoignent ainsi Gesler (1984) qui voit l'accessibilité comme un potentiel pour qu'un lien s'établisse, ou encore Parker (*in*: KHAN, 1988), qui définit l'accès comme la capacité d'atteindre un service et d'y être admis. Dans sa définition, le Bureau of Health Planning (*in*: KHAN, 1988) insiste à la fois sur la disponibilité préalable des services que suppose leur l'accès et sur les déterminants de l'accès, vus comme des barrières ou des facilitateurs:

La capacité de la population ou d'un segment de population d'obtenir les services de santé disponibles. Cette capacité est déterminée par des facteurs économiques, temporels, de localisation, architecturaux, culturels, organisationnels et informationnels, qui peuvent être des barrières ou des facilitateurs à l'obtention des services.

Un peu plus tôt, Lewis (*in*: KHAN, 1988) avait déjà relevé que le moyen le plus efficace, quoiqu'indirect, de définir l'accès, est en termes de barrières qui doivent être surmontées pour obtenir un service. Ces barrières sont liées tant à la production de services (nombre de fournisseurs, distribution géographique, type et spécialisation...) qu'à leur consommation (disponibilité financière, comportements de recherche de soins propres à chaque individu ou groupe...). Mais l'approche de l'accès aux services de santé ou de leur utilisation à travers la notion de barrières remonte au moins aux travaux d'Aday (1975).

Thomas et Penchansky (1984; PENCHANSKY et THOMAS, 1981) prolongent cette réflexion, concevant l'accès comme un degré de concordance entre les patients potentiels et le système de santé, en décomposant ce concept en cinq dimensions bien définies, que nous allons détailler et illustrer dans le contexte des pays en développement.

¹ Il est bien évident que parler de sous-utilisation ne prend sens que si l'on définit d'abord un référent: norme officielle du nombre de visites annuelles par personne, besoins perçus, besoins diagnostiqués, capacité d'accueil des services de santé... Ce référent peut également être relatif: niveau d'utilisation comparé de plusieurs villages, régions ou groupes sociaux et démographiques.

Disponibilité (availability)

Cette dimension, proche de la notion de couverture sanitaire, est définie comme la relation entre, d'une part, le volume et le type des services existants et, d'autre part, le volume et le type de besoins des patients. A l'existence d'un besoin de santé doit donc répondre celle d'une offre de santé effective. La disponibilité des services de santé comporte au moins trois composantes principales: présence physique, disponibilité temporelle et fourniture de prestations adaptées en volume et en nature aux besoins. Par disponibilité il ne faut en effet pas seulement entendre la simple présence physique d'une infrastructure sanitaire, mais sa capacité réelle à produire un service (DONABEDIAN, 1973). Cependant, surtout dans les pays en développement, il convient de vérifier tout d'abord l'existence effective d'une infrastructure de santé, d'une part, et d'un personnel adéquat la desservant, d'autre part, avant même de considérer le volume et la qualité des prestations fournies, ou même le niveau d'équipement médical. Ces deux exigences triviales prêteraient à sourire, si de trop nombreux exemples ne venaient confirmer la pertinence et souvent la gravité du problème. Comme le remarque Phillips (1990), la mention d'un dispensaire, d'un hôpital dans un rapport ou sur une carte sanitaire ne prouve pas qu'il soit desservi, ni même qu'il existe. Au Bénin, le gel du recrutement des fonctionnaires entre 1987 et 1994 et l'encouragement aux départs volontaires de la fonction publique ont considérablement dégarni les services de santé, au point que certains dispensaires sont au mieux tenus par des aides-soignants formés sur le tas et, au pire, fermés. De même, certains centres de santé de sous-préfecture (hôpital de base) n'y sont pas ou plus dirigés par un médecin. Cette absence totale de personnel qualifié dans les centres de santé peut prendre des proportions effarantes, comme par exemple au Pakistan (ZAIDI, 1985), où, dans le Pendjab, 75 % des postes ruraux de docteurs et 41 % de ceux de sages-femmes sont vacants (contre respectivement "seulement" 27 et 15 % en milieu urbain).

De plus, l'absentéisme du personnel, parfois de longue durée, est assez fréquent. Vacance des postes et absentéisme concernent évidemment surtout les régions rurales, tout particulièrement les plus reculées d'entre elles. Isolement, conditions de vie pénibles auxquelles les agents de santé ne sont souvent pas préparés, séparation familiale, faible intégration dans un milieu étranger, manque de moyens techniques et de médicaments, encadrement et recyclage aléatoires, absence de plan de carrière, bas salaires parfois...: la motivation s'effiloche d'autant plus vite que certaines affectations lointaines sont ressenties – à juste titre parfois – comme des punitions. Les agents tardent alors à rejoindre leur nouveau poste, quand ils ne refusent tout simplement d'y aller. Tout devient prétexte à demande de mutation et à absences "injustifiées". Les causes d'absence officielle sont elles aussi souvent nombreuses: vaccination hors du centre de santé, séminaires, formations, réunions administratives, approvisionnement en médicaments, enquêtes, vacances, congés pour maladie ou grossesse...). Ces absences répétées nuisent évidemment à la continuité des soins et à la crédibilité des centres de santé. Quel malade n'hésiterait pas à marcher 5 ou 10 km pour se rendre dans un centre de santé qu'il sait souvent fermé? Si de plus la disponibilité en médicaments est faible, entraînant un deuxième déplacement plus lointain encore vers une pharmacie, le malade privilégiera souvent une autre option: tradipraticien, automédication, trajet plus long vers un centre de santé "fiable" ou même absence totale de traitement.

Lorsqu'une infrastructure de santé existe effectivement et qu'elle est desservie en permanence, encore faut-il qu'elle délivre des services correspondants aux besoins du moment du patient potentiel. Plus que la disponibilité en bâtiments, matériel, médicaments et personnel, c'est la disponibilité des soins qui importe. Si les soins curatifs de base, ainsi que les soins maternels et infantiles sont de plus en plus généralisés, même en milieu rural tropical, d'autres besoins, plus spécialisés mais pourtant assez courants, ne le sont pas (chirurgie de base, ophtalmologie, médecine dentaire, psychiatrie...). Les distances deviennent alors si importantes pour atteindre

ces services spécialisés (cf. ci-après "accessibilité"), qu'ils ne peuvent plus être considérés comme disponibles.

La qualité des soins dispensés doit également être prise en compte. Dans les pays en développement, beaucoup d'infrastructures sanitaires de base sont desservies par des aides-soignants, des infirmiers ou des sages-femmes jouant le rôle dévolu à un médecin généraliste dans les pays industrialisés. Leur formation est souvent d'un niveau assez bas et d'un contenu mal adapté aux conditions de travail réelles. Recyclages et supervisions sont généralement trop rares et ne correspondent pas toujours aux besoins les plus criants du personnel de santé (les supervisions sont souvent plus administratives que médicales par exemple). Peu ou pas encadrés et contrôlés, certains agents se laissent aller, par négligence, malhonnêteté, voire nécessité, à des pratiques que la déontologie professionnelle condamne. La disponibilité en soins de qualité est de plus souvent restreinte par la pauvreté en matériel et plus encore en médicaments (quantité et diversité). Au total, l'efficacité thérapeutique des services de santé de base est habituellement médiocre dans les pays en développement, d'où leur aire d'attraction généralement fort réduite, malgré la faible densité des services.

La prise en compte de ces aspects qualitatifs y aggrave encore la faiblesse de la couverture sanitaire. Ainsi, le fossé qui sépare les pays les mieux lotis des plus mal dotés quant à la disponibilité en soins appropriés est bien plus large que celui, déjà énorme, qu'offre une comparaison internationale de la desserte médicale. Mais ces disparités ne sont pas qu'internationales. De forts clivages traversent également tous les Etats – pas seulement ceux du Sud d'ailleurs. Malgré l'urbanisation croissante du tiers monde, la population y reste le plus souvent – pour combien de temps encore? – majoritairement rurale. Pourtant, comme ailleurs, les ressources sanitaires s'y concentrent massivement dans les villes, à l'exception d'une partie des soins de santé primaires. Cette situation, qui répond à une certaine rationalité lorsqu'elle n'est pas exacerbée (efficacité spatiale selon la théorie des lieux centraux de Christaller), découle aussi du poids de l'histoire (capitales coloniales polarisant les ressources) et de la localisation des élites actuelles. Bien souvent, seule la présence d'hôpitaux ruraux confessionnels permet aux habitants des campagnes d'avoir accès à des services de santé dépassant le niveau du dispensaire. Non seulement les villes sont donc relativement suréquipées en infrastructures sanitaires, avec un quasi monopole sur les services de deuxième et troisième recours, mais encore les soins de santé primaires eux-mêmes y sont souvent de meilleure qualité que dans les régions rurales les plus reculées, où les ministères de la santé et leurs directions régionales tendent à envoyer le personnel le moins qualifié (PHILLIPS, 1990).

Les exemples de biais urbains de couverture sanitaire ne manquent pas. Citons le cas de l'Inde et de la Zambie, où la population rurale ne dispose que d'une petite partie de l'offre de soins formelle alors qu'elle constitue environ 80 % de la population totale (AKHTAR et IZHAR, 1986 et 1994). Aux Philippines, la région Métro-Manille, qui compte le quart de la population nationale, concentre 45 % des lits d'hospitalisation publics du pays et près de 42 % des lits du secteur hospitalier privé (PHILLIPS, 1986). Ces disparités de couverture sanitaire au profit des villes, et en particulier des plus grandes d'entre elles, se mesurent également par la répartition spatiale du budget de la santé entre les différentes unités administratives. Ainsi, les trois principales villes du Kenya accaparaient 80 % du budget national de la santé au milieu des années 1980 (GOOD, 1987). Et il ne faut généralement pas compter sur le secteur privé pour corriger ces disparités. Moins sensible que le secteur étatique à des préoccupations de service public, celui-ci se concentre encore davantage là où existe une demande solvable, soit essentiellement en ville. Tous secteurs confondus, seuls 10 % des médecins du Kenya travaillent en milieu rural (1 médecin pour 990 habitants en ville contre 1 pour 70'000 à la campagne) et 70 % des médecins pratiquent à titre privé en ville (GOOD, 1987).

Cet accent mis sur une médecine hospitalière, desservant surtout une minorité d'urbains, au détriment des soins de santé primaires moins inégalement localisés, est bien mis en évidence par la double pyramide inversée illustrant, d'une part, la population desservie par les trois niveaux de soins du Ghana (soins de santé primaires, soins hospitaliers secondaires et soins hospitaliers tertiaires) et, d'autre part, les ressources financières qui leur sont attribuées (FOSU, 1986). Au milieu des années 1970, 1 % de la population du pays bénéficiait de l'unique hôpital universitaire, qui absorbait 40 % du budget de la santé. A l'inverse, les services de base desservant 90 % de la population ne recevaient que 15 % du budget. Avec la promotion des soins de santé primaires dès 1978, il est vraisemblable que de telles concentrations des ressources soient de plus en plus rares.

L'inégale couverture sanitaire entre ville et campagne n'épuise pas les nombreuses disparités spatiales de disponibilité en services de santé. Si la couverture sanitaire des populations urbaines est globalement meilleure que celle des ruraux, elle n'en demeure pas moins souvent fort inégale d'une ville à l'autre, notamment en fonction de leur taille et de leur statut administratif, et d'un quartier à l'autre d'une même ville. Ainsi, Pikine, immense banlieue récente de Dakar, est moins bien pourvue en infrastructures sanitaires que la capitale, et les franges de Pikine, où s'installent les nouveaux arrivants, moins bien que Pikine Ancien (SALEM, 1990). Cette mauvaise couverture – relative et parfois absolue – des marges des villes et des zones périurbaines est fréquente dans les pays en développement. Elle a notamment encore été relevée à Ibadan (IYUN, 1983) et à Kingston (BAILEY et PHILLIPS, 1990). De même, il existe aussi des disparités de couverture sanitaire entre les régions rurales (EL TAYEB, AWADALLA et EL ABDIN, 1991) et au sein d'une même région rurale. En fait, les nombreuses recherches sur les niveaux de couverture médicale concluent toutes qu'il existe de grandes inégalités de couverture, quels que soient les systèmes politiques ou économiques, le niveau de développement et l'échelle d'analyse.

Bon nombre d'études de couverture sanitaire ne font cependant pas ressortir l'incidence de l'échelle d'analyse sur leurs conclusions. La plupart se contentent en effet de comparer, pour un niveau administratif donné – donc à une échelle unique –, le volume de population à celui des ressources, que ce soit le nombre d'infrastructures sanitaires par type, de lits d'hospitalisation, ou de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes... (EL-BUSHRA, 1985; MESA-LEGO, 1985; AKHTAR et IZHAR, 1986; OKAFOR, 1987, 1991; STEVENSON, 1987). Par ailleurs, rares sont les auteurs qui s'intéressent à la densité de ressources sanitaires non seulement en fonction de la taille de la population, mais aussi de celle de l'unité administrative à desservir (GERSHENBERG et HASKELL, 1972; OKAFOR, 1990).

De plus, comme le fait remarquer Phillips (1990), les mesures de couverture sanitaire montrent seulement comment une certaine quantité de ressources est distribuée parmi la population. Elles ne prennent pas en compte les besoins relatifs des différents sous-groupes de population, alors que la définition de la disponibilité retenue ci-dessus fait clairement référence au volume et au type de besoins des patients et non pas à la population générale, qui n'en est qu'une approximation grossière, puisque, en plus de la taille d'une population, des facteurs comme sa structure démographique et son environnement influencent aussi le niveau de ses besoins. En d'autres termes, si les mesures de couverture nous renseignent sur l'égalité – sur l'inégalité en l'occurrence – de la distribution des ressources, elles ne nous disent rien sur son équité, qui voudrait que chaque individu et chaque population reçoivent selon leurs besoins, objectif encore plus difficile à réaliser que l'égalité... à supposer qu'il soit pris en compte.

Remarquons encore que, la disponibilité étant définie comme la relation entre le volume de l'offre et de la demande de soins, l'existence d'une surdisponibilité est envisageable. Cette possibilité reste toutefois passablement théorique en milieu rural tropical. Du fait de la concentration des ressources sanitaires dans les villes et du dysfonctionnement quasi généralisé

du système de référence, une offre supérieure à la demande est plus plausible en milieu urbain, surtout pour certains services spécialisés censés drainer les patients très loin à la ronde voire de tout le pays.

Accessibilité (accessibility)

Définie par Penchansky et Thomas (1981) comme la relation entre la localisation des services et celle des patients, prenant en compte la mobilité des patients, la durée, la distance et le coût du trajet, l'accessibilité est une mesure de proximité. C'est tout naturellement cette dimension de l'accès que les géographes ont le plus explorée. Leurs travaux consistent d'abord à mesurer et à modéliser – il s'agit souvent de modèles de type gravitaire – l'effet de la distance sur les contacts entre prestataires de services et patients. Autrement dit, il s'agit de quantifier la friction de la distance, qui devrait progressivement diminuer l'interaction entre les services de santé et leurs patients potentiels, au fur et à mesure que croît la distance les séparant¹. Cet effet de dissolution par la distance existe toujours. Mais son intensité est fort variable en fonction d'autres facteurs, comme le niveau hiérarchique du service de santé, l'âge et le sexe du malade, la disponibilité d'un véhicule ou le type de problèmes de santé (MORRILL, *in*: GESLER, 1984).

Le but de ces recherches est largement opérationnel. Elles cherchent à proposer des découpages des territoires, à différentes échelles, afin d'y délimiter des aires de desserte de services publics selon des impératifs d'équité et d'efficacité. L'optimum idéalement visé consiste à fournir des services dont l'accessibilité est aussi homogène que possible, pour un coût minimal (DORY, 1990). L'accessibilité peut être considérée comme équitable lorsque des variables non "contrôlables" comme l'âge, le sexe ou la nature de la maladie peuvent expliquer l'utilisation des services. Par contre, elle ne l'est pas si cette dernière est liée à des variables comme l'éducation, le revenu ou l'absence de ressources (THOUEZ, MUNAN et NABAHI, 1981).

Différentes mesures de la distance séparant les services de santé de leurs utilisateurs potentiels sont communément utilisées pour décrire l'accessibilité (cf. Introduction, chap. 5e). Certaines d'entre elles sont fortement influencées par la densité et la qualité des voies de communication, ainsi que par le mode de transport utilisé.

Les mesures de l'accessibilité potentielle des divers types de services de santé sont utiles pour planifier et localiser de nouveaux services de santé (GOULD et LEINBACH, 1966; ANNIS, 1981; OKAFOR, 1984; MEHRETU, 1985). La plupart d'entre elles se contentent d'examiner la distance linéaire séparant les patients potentiels des services existants et parfois des services projetés (*location-allocation models*). Akhtar et Izhar (1986) fournissent ainsi, province par province, le pourcentage de la population zambienne devant parcourir moins de 30 kilomètres pour atteindre un hôpital. Les mêmes auteurs (1994) ont calculé qu'en milieu rural indien 35 % de la population habite à moins de 2 kilomètres d'un service de santé, 25 % entre 2 et 5 kilomètres, 24 % entre 5 et 10 kilomètres et 16 % à plus de 10 kilomètres. En milieu urbain, 84 % de la population habite à moins de 2 kilomètres d'un service de santé et à peine 3 % en habite à plus de 5 kilomètres. Zaïdi (1985) indique que 99,8 % de la population urbaine pakistanaise habite à moins de 2 miles d'un service de santé public ou semi-public. Cette proportion chute à 32,1 % en zones rurales. Ces valeurs sont respectivement de 99,9 % et 78,6 % si l'on fixe le seuil à 5 miles. Pour le Pakistan, ces informations sont aussi fournies par province. Maro (1987) mentionne pour chaque région de Tanzanie le nombre de villages et la proportion de la population vivant à plus de 10 kilomètres de tout service de santé. Okafor (1990) indique pour chaque district d'un Etat du Nigeria la distance moyenne des habitants à un hôpital de base.

¹ Ce type de recherches trouve déjà son origine au milieu du siècle passé aux Etats-Unis où Edward Jarvis constate une corrélation négative entre le taux d'utilisation des hôpitaux psychiatriques et la distance les séparant du domicile des patients (cf. SHANNON et DEVER, 1974). Généralisée, cette conclusion est aujourd'hui connue sous le nom de "loi" de Jarvis.

Ce genre de données, à des échelles nationale et provinciale distinguant ou non les zones rurales et urbaines, sont sans doute insuffisantes pour localiser les sites de nouveaux services de santé devant améliorer l'accessibilité générale. Elles permettent toutefois aux politiciens et administrateurs de définir des priorités générales entre provinces et zones. A une échelle plus fine et selon une mesure plus complexe de l'accessibilité (un indice prenant en compte notamment la proportion de patients devant parcourir plus de 8 kilomètres pour atteindre un hôpital et la disponibilité de moyens de transport), Okafor (1984) a classé les *local government areas* ruraux de l'Etat du Bendel au Niger selon l'accès aux soins de leurs habitants. Annis (1981) a également affiné la mesure de l'accessibilité en calculant la distance moyenne et médiane en kilomètres et en minutes séparant les habitants de trois régions du Guatemala de divers types de services de santé.

Les mesures a posteriori de l'effet de la distance sur le niveau d'utilisation effective des services de santé permettent de quantifier précisément la friction de la distance, souvent en relation avec d'autres facteurs tels que le niveau hiérarchique des services de santé, le sexe, l'âge, la pathologie et le niveau socio-économique du malade ou encore les moyens de locomotion à disposition (WALKER et GISH, 1977; GESLER, 1979; STOCK, 1983). Ces études analysent la provenance des patients dans les services de santé en fonction de la distance du domicile. Haynes et Bentham (1979) ont relevé que le nombre de visites aux patients hospitalisés en Angleterre diminue avec la distance, alors que l'insatisfaction des visiteurs à propos de l'accessibilité des hôpitaux augmente avec elle. Une mesure indirecte de la friction de la distance consiste à recenser les réponses relatives à l'accessibilité dans les enquêtes visant à élucider les motifs de choix d'un service ou d'un type particulier de services (EGUNJOBI, 1983), puis à les analyser en fonction de la distance séparant les répondants des services concernés. Ces informations a posteriori sur la friction de la distance sont elles aussi fort utiles pour la planification et la localisation d'autres services de santé, dans un contexte culturel et économique similaire.

Dans les pays en développement, la disponibilité et l'accessibilité des différentes formes de médecine traditionnelle sont souvent meilleures que celles de la médecine moderne (GOOD, 1989). Il s'agit là d'une des causes du vif attrait qu'elles connaissent encore presque partout, attrait très rarement pris en compte dans les études de l'accessibilité aux soins.

Commodité (accommodation)

Il s'agit de la relation entre la manière dont les ressources sanitaires sont organisées pour accueillir le patient et la capacité de celui-ci à s'adapter à cette offre. La notion de commodité renvoie à la possibilité d'un contact pratique et facile (ou non!) entre le patient et le système de santé. Les aspects temporels sont ici souvent prépondérants (jours et heures d'ouverture des services de santé, présence régulière d'un agent de santé¹, temps d'attente), mais pas exclusifs (système de paiement, prise en charge des urgences, consultations téléphoniques, système de référence...).

En milieu rural, les heures d'ouverture des services de santé sont souvent peu adaptées au rythme de travail des paysans. Ceux-ci quittent le village le matin pour les champs, avant même parfois que les centres de santé n'ouvrent, et rentrent à la tombée de la nuit, lorsqu'ils sont déjà fermés. Consulter ou emmener son enfant en consultation implique donc la perte d'au moins une demi-journée de travail. Il s'ensuit une mise en balance de l'urgence des travaux champêtres et de celle de la maladie... dont cette dernière ne sort pas forcément gagnante. Médecins et infirmiers

¹ Nous sommes ici à la limite entre les dimensions "disponibilité" et "commodité" de l'accès.

privés, ainsi que tradipraticiens, se montrent généralement plus souples que le système de santé public quant aux horaires, sans parler de l'automédication, qui offre la plus grande liberté.

Dans les sociétés peu monétarisées, l'impossibilité de payer en nature les praticiens de la médecine moderne en limite fortement l'accès (DIAKITÉ, 1993). Dans les sociétés agricoles caractérisées par de grandes variations saisonnières de revenu, il en va de même de l'impossibilité d'obtenir des prestations à crédit auprès du secteur public. Encore un fois, les tradipraticiens et parfois les privés montrent davantage de souplesse. De plus, les tradipraticiens d'Afrique subsaharienne percevaient et perçoivent encore pour certains d'entre eux, surtout à la campagne, l'essentiel de leur rétribution, parfois symbolique, après la guérison. Nul besoin alors, comme nous l'avons vu faire au Bénin par un homme mordu par un serpent, de quitter l'hôpital, sans avoir été traité, pour d'abord tenter de réunir l'argent nécessaire à l'achat d'un sérum antivenimeux onéreux, disponible à la pharmacie de l'hôpital.

La quasi totalité des systèmes de santé étant hiérarchisés, il existe presque partout une organisation préétablie – appelée système de référence – du renvoi des patients, si le besoin s'en fait sentir, des services de santé de base vers des services de plus en plus spécialisés et qualifiés. Une telle organisation de l'utilisation des services de santé permet, d'une part, d'offrir des prestations de base relativement bon marché et proches, et, d'autre part, de ne pas encombrer avec des cas bénins les hôpitaux et les spécialistes du sommet de la hiérarchie, ressources rares et coûteuses.

Rigoureusement appliqué, le système de référence limiterait considérablement la variété des itinéraires thérapeutiques, en canalisant les malades selon des filières préétablies. Il s'ensuivrait une baisse sensible de la commodité d'utilisation des services de santé pratiquant un tel système. Or, on constate que ce système fonctionne très mal dans de nombreux pays en développement, les malades entrant dans le système de santé là où bon leur semble. Cela nuit évidemment à la planification rationnelle et à la bonne marche de l'ensemble du système de santé. Cependant, la souplesse, bien souvent forcée il est vrai, dont fait preuve le système de santé, offre l'avantage de ne pas dresser de barrières supplémentaires devant les patients potentiels. Un premier contact qui passerait obligatoirement par un service de base – souvent tenu en piètre estime par la population – risque de décourager le recours à un thérapeute "moderne". Il ne faut en effet pas oublier que l'automédication – "moderne" ou "traditionnelle" – constitue généralement le premier recours et que l'on ne s'adresse à un thérapeute qu'en cas d'aggravation ou de persistance de la maladie. En quelque sorte, l'automédication se substitue largement à l'échelon sanitaire de base, et l'éventuelle entrée dans le système de santé a tendance à s'effectuer à un niveau intermédiaire.

Capacité financière (affordability)

La capacité financière peut se définir comme la relation entre le prix des prestations et la capacité du patient (ou de sa famille, ou de son assurance) à payer (ou à emprunter ou encore à recevoir une aide de son entourage).

Dans les pays en développement, très rares sont les personnes couvertes par une assurance-maladie. De plus, les bénéficiaires d'une telle prestation sociale – fonctionnaires, employés du secteur formel... – ne se recrutent généralement pas dans les couches les plus démunies de la population ni les plus à risque. Les tentatives de créer des mutuelles ouvertes à tous, ou presque, (MOENS, 1990; CRIEL, 1993) ont souvent rencontré de nombreuses difficultés: réticences à cotiser pour une hypothétique future maladie, crainte "d'appeler" la maladie sur soi en la prévoyant, manque de confiance – malheureusement assez souvent justifiée – en les gestionnaires du fonds, rigidité du mode de paiement, sélection des groupes à risque...

Dépourvus de ressources, à l'image de leurs habitants, les Etats du tiers monde tendent à faire porter une part croissante du coût de la santé directement par les malades, notamment par le biais du financement dit communautaire. La gratuité des soins de santé¹, d'ailleurs assez souvent synonyme de médiocrité et de médicaments rares, laisse de plus en plus souvent place à une médecine publique payante, devant toujours davantage s'autofinancer. Si cette politique éloigne les plus pauvres des centres de santé, elle peut aussi y attirer de nouveaux patients par une disponibilité accrue en médicaments et en équipement offerte par les nouvelles ressources. En promouvant, parallèlement au financement communautaire, l'utilisation des médicaments essentiels vendus sous désignation commune internationale (DCI), l'Initiative de Bamako (1987) a contribué à limiter dans maints pays en développement l'augmentation du coût de la santé, tout en améliorant la qualité de l'offre de soins.

De nombreuses enquêtes dans les pays en développement ont montré que la capacité financière de la population constitue souvent une des principales, sinon la première, raison de l'inaction thérapeutique face à la maladie ou du choix d'un recours particulier (SAUERBORN, ADAMS et HIEN, 1996; cf. aussi partie IV, chap. 2b). L'introduction d'un paiement ou une rapide augmentation des tarifs se répercutent généralement fortement sur les choix thérapeutiques, surtout si elles ne sont pas accompagnées d'une amélioration de la qualité des soins (cf. partie IV, chap. 2b).

Acceptabilité (acceptability)

Toujours selon Penchansky et Thomas (1981), l'acceptabilité est la relation entre les caractéristiques (âge, sexe, ethnie, langue, religion, localisation...) et les attitudes des patients et celles du personnel et des structures de santé. L'acceptabilité fait essentiellement référence à la capacité, à la fois du prestataire de services et du patient, de surmonter des barrières sociales et culturelles qui empêchent ou altèrent le contact entre eux. Elle confronte aussi les attentes réciproques des uns et des autres et renvoie notamment aux notions de qualité de l'accueil et d'efficacité thérapeutique.

Ce contact sera tout particulièrement difficile lorsque ni la langue, ni la nosologie et l'étiologie des maladies ne sont partagées. Pour caricatural que ce cas de figure puisse paraître, il n'en est pas moins fréquent, tout spécialement dans les pays en développement, où des agents de santé de formation occidentale sont envoyés hors de leur aire ethnique pour y soigner des patients dont la conception de la maladie ne relève pas de la biomédecine.

Au regard du problème de santé qui se pose, tous les recours thérapeutiques ne sont pas équivalents, comme l'a fort bien montré Mwabu (1986) pour le Kenya. Un hôpital peut être plus acceptable qu'un autre, en raison de son affiliation religieuse, de la présence de proches parmi les employés, gage d'un meilleur accueil, ou de parents à proximité, ce qui facilite l'hébergement et la pension des accompagnateurs (LASKER, 1981; EGUNJOBI, 1983).

c) Accès et localisation

Des cinq dimensions caractérisant l'accès, c'est bien entendu l'accessibilité et la disponibilité qui lui est fortement liée, qui intéressent en priorité le géographe. Le cadre conceptuel proposé par Thomas et Penchansky offre l'avantage de distinguer clairement l'accès, concept général, de l'accessibilité, composante strictement géographique de l'accès. Ainsi, sans nécessité de lui adjoindre un qualificatif, le terme accessibilité est équivalent à ceux

¹ La gratuité n'est quelquefois que la face officielle d'une réalité malheureusement plus mercantile (KILLINGSWORTH, HOSSAIN, HEDRICK-WONG [*et al.*], 1999).

d'accessibilité géographique, d'accessibilité physique voire d'accessibilité potentielle utilisés par d'autres auteurs.

La friction de la distance n'épuise pas la dimension spatiale de l'accès. En plus de la distance, la localisation en soi des services de santé joue un rôle dans leur accès. Toutes les localisations ne sont en effet pas équivalentes et, à distance égale, une localisation peut être plus attractive ou répulsive qu'une autre (SHANNON et DEVER, 1974). Par sa localisation plus favorable relativement aux voies de communication et au réseau de transports publics, un service de santé peut être plus accessible qu'un autre, pourtant plus proche. Annis (1981) relève que les centres de santé du Guatemala sont implantés dans des localités où se tiennent les marchés hebdomadaires, ce qui en augmente l'attrait, puisqu'il est possible d'effectuer des déplacements à buts multiples¹. Cette localisation judicieuse des services de santé répond bien à l'exigence de commodité, mais aussi partiellement à celle d'acceptabilité: les patients n'ont pas de réticences à se rendre dans un bourg, une ville qu'ils fréquentent régulièrement par ailleurs. Par contre, nous connaissons plusieurs exemples béninois où la localisation d'un complexe communal de santé (service de base) nuit à sa fréquentation. Il existe en effet parfois des rivalités entre les villages, souvent renforcées voire créées par l'implantation d'un service de santé dans un village plutôt que dans l'autre, qui limitent, et même interdisent dans les cas les plus extrêmes, l'utilisation de cette infrastructure sanitaire par les villageois "lésés". Dans ces cas, distance et localisation sont clairement dissociées: la localisation devient plus répulsive que la distance, puisque beaucoup de malades préfèrent alors se rendre dans un centre de santé plus lointain, plutôt que dans celui du village voisin jugé inacceptable.

Bailey et Phillips (1990) relèvent encore un autre cas de figure dans lequel la dimension spatiale de l'accès fait davantage référence à la localisation qu'à la distance. Ils constatent que les personnes ayant déménagé à l'intérieur de Kingston, en Jamaïque, restent souvent fidèles à leur ancien pourvoyeur de soins de santé, bien que cette fidélité implique généralement de plus longs déplacements. Il y a donc une certaine inertie dans le comportement de recherche de soins, et la localisation de l'ancien domicile devient l'un des facteurs explicatifs du modèle d'utilisation actuel.

Ces quelques exemples montrent bien que l'accessibilité, au sens où le définissent Thomas et Penchansky, n'est pas la seule dimension de l'accès incluant des composantes spatiales. La localisation des services de santé peut aussi influencer leur acceptabilité, ainsi que leur commodité et leur coût d'utilisation.

d) Accès et utilisation

Il ne fait plus de doute pour personne que les dimensions de l'accès agissent le plus souvent en combinaison (GESLER, 1984; KHAN, 1988). Elles sont d'ailleurs parfois si étroitement liées qu'il devient difficile de les distinguer l'une de l'autre. Par exemple, disponibilité et accessibilité se confondent là où le patient doit parcourir un long trajet pour atteindre un agent de santé, comme c'est souvent le cas en milieu rural dans les pays en développement. Pour Lewis (*in*: KHAN, 1988), il est difficile d'estimer l'importance relative des différentes dimensions et a fortiori des multiples barrières qu'elles recouvrent, car elles sont inextricablement liées. Elles peuvent de plus être d'une importance variable pour différents types de problèmes. Pour un service des urgences, par exemple, la localisation, le volume du personnel et l'équipement sont plus importants que les barrières psychosociales ou économiques, alors que pour un service de prévention ou de réhabilitation les barrières psychosociales sont souvent les plus importantes.

¹ Dans un contexte nord-américain, Shannon, Skinner et Bashshur (1973) insistent également sur l'importance des trajets à buts multiples dans l'étude du recours aux services de santé.

Thomas et Penchansky (1984) vont plus loin encore. Non seulement ils insistent sur l'étroite interrelation entre les cinq dimensions de l'accès, mais encore ils définissent ces dimensions elles-mêmes en termes d'interrelations entre le système de santé et la population à desservir.

La prise en compte de cette double interrelation entre pourvoyeurs de soins de santé et patients, d'une part, et dimensions de l'accès, d'autre part, s'avère nécessaire en raison de la complexité même des liens qui se tissent entre les caractéristiques des uns et des autres, liens qui détermineront l'utilisation des services de santé. Ce constat débouche sur une question cruciale: existe-t-il une définition réellement opératoire de l'accès? Une telle définition est-elle même concevable?

Mesurer l'accès global aux soins de santé: une tâche impossible?

Il devient évident que, si la définition du concept d'accès de Thomas et Penchansky clarifie le débat théorique, il reste malheureusement difficile de l'utiliser globalement pour mesurer concrètement l'accès d'une population aux services de santé et encore plus pour en prédire le niveau d'utilisation. Et cela d'autant plus que, d'un malade à l'autre, mais aussi souvent de cas en cas chez le même malade, c'est l'une ou l'autre dimension ou combinaison de dimensions de l'accès qui déterminera l'utilisation ou non d'un service de santé, puis le choix de l'un d'eux.

De nombreuses études régionales ou locales ont bien tenté de mesurer l'accès de la population aux services de santé. Mais, en raison même de l'ampleur et de la complexité de la tâche, les auteurs ont dû se contenter de ne retenir qu'un nombre plus ou moins limité de dimensions de l'accès, le plus souvent envisagées séparément, ainsi qu'un nombre restreint d'indicateurs pour chacune d'entre elles. Les modèles d'accès aux services de santé effectivement testés sont donc, par la force des choses, généralement sommaires au regard de la complexité du phénomène étudié, et même de celle des modèles théoriques proposés. Les modèles les plus élaborés cherchent à multiplier les facteurs pris en compte, à en donner les meilleurs indicateurs quantifiables possibles, puis souvent à les résumer sous la forme d'un indice composite d'accès (voir par exemple KHAN, 1985).

Tout comme l'évaluation de l'état de santé d'une population, autre préoccupation majeure des géographes de la santé (et d'autres disciplines!), la mesure globale de l'accès d'une population aux services de santé semble bien un idéal inaccessible... qu'il faut pourtant tendre à approcher le plus possible.

Articulation de l'accès et de l'utilisation

Puisque, selon Donabedian (1973), l'utilisation est la preuve de l'accès, ne serait-il pas possible d'employer des taux d'utilisation des services de santé comme mesure de l'accès? Répondre à cette question nécessite d'élucider, brièvement, l'articulation entre accès et utilisation.

Pour certains auteurs, dont nous sommes, le concept général d'accès englobe aussi l'utilisation des services, en tant qu'aboutissement éventuel d'un processus décisionnel déterminé par les dimensions de l'accès. L'étroitesse du lien entre accès et utilisation est d'ailleurs mise en évidence par l'emploi fréquent du même substantif pour les désigner. Par exemple, Aday, Andersen et Fleming (1980), Fiedler (1981), Joseph et Bantock (1982) et Phillips (1990), distinguent l'accès probable ou potentiel, qui reflète l'existence d'un lien potentiel entre une demande – les besoins de santé – et une offre – les services de santé – présentes simultanément dans un même espace, de l'accès effectif, réel, réalisé ou révélé, c'est-à-

dire l'utilisation. L'accès est alors défini comme les dimensions qui décrivent simultanément l'entrée potentielle et effective d'une population dans le système de soins de santé (ADAY, ANDERSEN et FLEMING, 1980). Le niveau d'utilisation – certains rajoutent aussi la satisfaction – est alors une mesure indirecte de l'accès, peut-être même la meilleure mesure possible de l'accès (ANDERSEN et ADAY, 1978), bien qu'elle ne saurait seule suffire.

Cette manière de voir n'est pas partagée par tous, comme le relèvent Penchansky et Thomas (1981). Des auteurs finissent par identifier la mesure et le phénomène mesuré; l'accès égale alors l'entrée, autrement dit l'utilisation. Cette deuxième définition de l'accès, réductrice à nos yeux, peut par contre s'accommoder, de manière passablement tautologique, des seuls taux d'utilisation comme mesure de l'accès. Cette proximité, voire cette confusion, entre les concepts d'accès et d'utilisation expliquent pourquoi les modèles agençant les déterminants de l'accès ou de l'utilisation se recoupent fortement (GROSS, 1972; ADAY, ANDERSEN et FLEMING, 1980; PENCHANSKY et THOMAS, 1981; DUTTON, 1986).

Dans cette thèse, nous mettrons surtout l'accent sur l'accès effectif aux soins de santé et sur leurs déterminants. L'accès potentiel ne sera abordé qu'à travers l'analyse de la proportion de personnes vivant à diverses distances de chacun des types de services de santé formels desservant la sous-préfecture étudiée. Dans les études de l'accès potentiel aux services de santé, il est fréquent de proposer une mesure plus fine de l'offre de soins que la simple disponibilité ou non des services. Il se peut en effet que les services soient disponibles, mais que leur offre de soins soit insuffisante par rapport à la demande, d'où un goulot d'étranglement limitant l'accès potentiel. On calcule par exemple le nombre de généralistes ou de lits d'hospitalisation disponibles dans chacune des zones étudiées ou encore le nombre total d'heures d'ouverture des cabinets de chaque zone (SCHNEIDER et SYMONS *in*: JONES et KIRBY, 1982; KHAN, 1985). Nous n'avons pas jugé utile de procéder de la sorte, du fait de la faible demande dans la sous-préfecture étudiée, qui est généralement loin d'épuiser l'offre. Nous y sommes en effet dans la situation atypique, pour qui croit universel ce qui est observé dans les sociétés développées, d'une offre de soins qui ne provoque pas forcément une augmentation de la demande (PICHERAL, 1995).

e) Conclusion

Le concept d'accès permet d'expliquer la transformation des besoins en demande (DORY, 1991). La littérature s'attachant à définir ce concept est fort abondante. Il faut y voir la preuve, d'une part, de la position centrale qu'occupe ce concept pour les sciences humaines, sociales et médicales qui traitent des soins et services de santé, et, d'autre part, de la controverse qui entoure sa définition. Arrivé au terme de la revue, de loin pas exhaustive, de cette littérature, force est de constater que le bilan en reste mitigé. Penchansky et Thomas nous proposent bien une définition attrayante, d'un point de vue théorique, de l'accès, car cohérente et globale. Définir l'accès comme cinq types d'interactions – eux-mêmes en interaction! – entre patients potentiels et pourvoyeurs de soins permet de ne pas figer, une fois pour toute, ce concept dans des limites bien définies. Extrêmement souple, ce cadre conceptuel s'adapte à toutes les situations de recherche. Mais cette souplesse même, cette exhaustivité, en font également sa faiblesse, dès lors qu'il s'agit d'en exploiter concrètement toutes les potentialités. Nous l'avons vu, toutes les études visant à décrire l'accès d'une population aux soins de santé doivent se contenter de modèles d'analyse simplifiés – et simplificateurs!

En reprenant chacune des cinq dimensions de l'accès, toutes plus ou moins explicitement envisagées sous l'angle de barrières à surmonter pour que le malade atteigne un thérapeute, nous constatons qu'il existe un véritable fossé entre l'accès aux soins de santé dont jouissent les

habitants des pays industrialisés comparativement à ceux du tiers monde. La desserte médicale y est moins bonne, les distances à parcourir plus longues, alors que les véhicules privés y sont rares et les moyens de communication souvent déficients. Les assurances-maladies ne couvrent qu'une infime proportion de la population, alors que les soins sont chers, relativement au pouvoir d'achat. La commodité d'utilisation est parfois limitée par de longues files d'attente, par l'absence de téléphones et de permanences médicales. L'acceptabilité y est souvent médiocre ou mauvaise: barrières constituées par l'ethnie, le sexe ou l'âge de l'agent de santé ou par une "culture médicale" non partagée.

Ces mauvais indicateurs d'accès concernent la biomédecine. On considère généralement, parfois un peu vite à notre avis, que les indicateurs d'accès pour les tradipraticiens sont nettement meilleurs; ce qui expliquerait leur fréquentation souvent importante. Il convient toutefois de rester prudent avec de telles affirmations qui ne sont encore guère étayées par des études empiriques. Il n'est même pas toujours évident que l'acceptabilité de la médecine traditionnelle en milieu rural tropical surclasse celle de la médecine moderne. Dans le Bénin central par exemple, de très nombreuses personnes se sont converties à diverses religions chrétiennes d'origine africaine et furent désormais devins et tradipraticiens, considérés comme trop liés à la religion ancestrale. Ce serait donc une erreur que de croire, a priori, que les lacunes dans l'accès au système de santé public des pays en développement sont forcément comblées par la présence d'un secteur de santé traditionnel. La même mise en garde vaut aussi pour les secteurs privé et de transition.

3. HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

Notre démarche passe par la vérification d'un certain nombre d'hypothèses de base. Souvent formulées en termes généraux dans l'énumération ci-dessous, une partie d'entre elles seront spécifiées dans le corps de la thèse. Ces hypothèses impliquent aussi bien l'offre de soins, les besoins en soins de santé que, surtout, le recours aux soins de santé.

Pour l'**offre de soins** nous avons posé comme principales hypothèses:

- l'existence d'une offre de soins diversifiée parmi laquelle le malade doit choisir;
- l'existence de disparités de couverture sanitaire au sein de la sous-préfecture étudiée, quelle que soit l'échelle d'analyse.

L'hypothèse de base relative aux **besoins en soins de santé** est:

- l'inégale répartition spatiale des besoins en soins de santé.

Les hypothèses rattachées au **recours aux soins** sont beaucoup plus nombreuses. Nous les avons subdivisées en trois catégories: les hypothèses spécifiquement spatiales faisant référence à l'impact de la localisation et de la distance sur le recours aux soins, les hypothèses non spatiales et, finalement les hypothèses mixtes couplant des facteurs spatiaux et non spatiaux.

Les **hypothèses spatiales** liées au **recours au soins** sont:

- la diminution des taux d'utilisation par localité des services de santé avec l'augmentation de la distance (friction de la distance);
- l'irrégularité et la non linéarité de la friction de la distance;
- l'absence de concordance absolue entre les aires d'attraction officielles des services de santé publics et leurs aires d'attraction effectives;
- la distance moyenne supérieure parcourue par les patients hospitalisés par rapport aux patients recourant à des soins ambulatoires;
- la probabilité d'autant plus élevée d'être hospitalisé en cas de consultation que l'on vient de loin;
- l'augmentation de la distance moyenne parcourue à chaque nouvelle étape de l'itinéraire thérapeutique.

Les **hypothèses non spatiales** liées au **recours au soins** sont:

- la primauté globale de l'automédication dans la prise en charge de la maladie et le recours à un spécialiste de la santé le plus souvent qu'après l'échec de l'automédication;
- la recherche de la diversification ou d'un niveau hiérarchique supérieur en cas d'échec d'un recours extérieur¹.

Les **hypothèses** associant des facteurs **spatiaux et non spatiaux** liées au **recours au soins** sont:

- l'influence de facteurs non spatiaux sur la friction de la distance, comme le niveau hiérarchique du service, la nature du service recherché (curatif, consultations prénatales ou accouchements), les caractéristiques du patient (sexe, âge et maladie) et sa mobilité

¹ Par recours extérieur nous entendons les consultations auprès d'un spécialiste de la santé extérieur au ménage ou à son entourage (profane), quel que soit le type. Nous opposons donc les recours extérieurs à l'automédication, c'est-à-dire l'ensemble des soins dispensés dans le cadre du ménage ou de proches, dans la mesure où ces derniers ne sont pas des spécialistes de la santé.

potentielle (possession de moyens de locomotion et desserte régulière du village par les taxis collectifs);

- la possibilité de déterminer la hiérarchie réelle des services de santé au moyen de l'intensité de la friction de la distance, des inégalités de distance moyenne parcourue pour atteindre les services, de l'extension de leur aire d'attraction réelle et de la structure des maladies diagnostiquées dans chaque type de services;
- le mauvais fonctionnement du système de référence officiel, largement supplanté par "l'autoréférence"¹ des patients;
- l'existence de nombreux "déterminants" associés aux choix thérapeutiques. Ils caractérisent tant le malade que son ménage, sa maladie et l'offre de soins.

¹ Par autoréférence nous entendons le fait qu'un malade se rende dans un service de santé d'un niveau intermédiaire ou supérieur sans y être référé par un agent de santé d'un service de base. L'autoréférence peut être directe – lorsque le malade ne s'est même pas rendu dans un service de base – ou indirecte – lorsque le patient insatisfait des prestations obtenues dans le service de base le quitte de sa propre autorité pour un service d'un niveau plus élevé.

4. CHOIX DU LIEU D'ÉTUDE

Notre volonté d'œuvrer dans le cadre d'un projet de développement sanitaire en Afrique subsaharienne a influencé le choix du sujet et du terrain de la thèse, qui s'est fait en concertation étroite avec l'Institut universitaire d'études du développement (IUED), à Genève.

Depuis décembre 1981, cet institut assure en régie pour le compte de la coopération suisse (DDA puis DDC) la direction du Projet médico-sanitaire suisse (PMSS), prolongé par la suite sous l'appellation Programme médico-sanitaire bénino-suisse (PMSBS). Selon l'accord initial passé entre le Conseil fédéral et le gouvernement de la République (alors populaire) du Bénin, les objectifs de ce programme sont:

- d'appuyer la mise en place d'un système de soins de santé primaires dans le but d'améliorer l'état de santé des populations bénéficiaires;
- de contribuer à la formation, au recyclage et à l'équipement du personnel de santé nécessaires à l'édification du système de soins de santé primaires;
- de contribuer à la mise en place de l'infrastructure sanitaire des districts de Ouessè et de Tchaourou (extension, réfection ou réaménagement des infrastructures sanitaires au niveau des districts (ancien nom des sous-préfectures) et des communes, moyens de transport au niveau des districts).

La participation de la COOP Suisse a permis l'adjonction d'un nouvel objectif en 1983:

- réaliser un programme d'environ 35 forages d'eau dans le district de Ouessè dans le but de contribuer à l'amélioration de l'équipement en points d'eau de bonne qualité (BURKHARDT, 1984).

Depuis lors, les activités du PMSBS se sont étendues à d'autres sous-préfectures des départements du Zou et du Borgou, mais avec une moindre implication directe au niveau local du personnel expatrié. Tout en continuant à financer des programmes locaux, notamment de rénovation et de construction d'infrastructures sanitaires, l'accent s'est en effet déplacé sur l'appui institutionnel aux deux Directions départementales de la santé et au Ministère de la santé.

Les activités du PMSBS ont débuté d'abord dans la sous-préfecture de Ouessè. En 1991, lors des premiers contacts avec le responsable du département Etudes et projets de l'IUED, cette sous-préfecture était la seule appuyée par le PMSBS dont le projet de rénovation et de construction des infrastructures sanitaires était achevé depuis plusieurs années (sauf le petit complexe communal de santé de Djegbé, inauguré début 1991). Ailleurs, ces infrastructures étaient encore à planifier, tout juste planifiées ou en cours de construction/rénovation. Dans le meilleur des cas, l'une ou l'autre venait d'être inaugurée.

Avec le recul, il apparaissait pourtant que le niveau d'utilisation des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè n'avait guère augmenté et qu'il était à peine meilleur que la moyenne nationale, fort basse et jugée tout à fait insuffisante par le Ministère de la santé et l'OMS, particulièrement pour les soins curatifs. Pour le recours aux soins, cette sous-préfecture était donc exemplaire des sous-préfectures rurales du Bénin, toutes caractérisées par une sous-utilisation notoire des services de santé publics, malgré l'appui de plus en plus généralisé de diverses coopérations bi- ou multilatérales.

Le caractère exemplaire pour le Bénin, mais aussi beaucoup plus largement pour de nombreuses régions rurales des pays en développement, du faible impact de la revitalisation des services de santé publics sur leur utilisation était d'autant plus criant que cette sous-préfecture avait été l'une des plus "choyées" par l'aide étrangère en matière de santé. Depuis dix ans, la

Coopération suisse y avait investi plus que dans n'importe quelle autre sous-préfecture béninoise et sans doute plus qu'elle ne le fera jamais ailleurs dans ce pays¹: construction d'un hôpital de 60 lits, rénovation ou construction de tous les dispensaires et maternités, médecin expatrié sur place pendant 7 ou 8 ans, financement partiel d'un médecin-adjoint, formation du personnel, approvisionnement régulier en médicaments essentiels depuis 1991, programmes d'accompagnement hydraulique, routier, de latrines..., sans parler de l'installation en 1994 d'un bloc opératoire au centre de santé de sous-préfecture de Ouessè.

Confronté à l'échec relatif de cette stratégie de développement sanitaire axée principalement sur la réhabilitation ou la création d'un réseau de services de santé publics, notre interlocuteur de l'IUED était plus intéressé par une étude permettant, peut-être, de tirer pour les actions futures les leçons d'une expérience bénéficiant d'un certain recul, que par une approche plus dynamique du processus de planification dans une sous-préfecture encore "en chantier". Le choix de la sous-préfecture de Ouessè parmi celles où œuvrait le PMSBS s'est donc imposé.

Les réseaux académiques² et les circonstances ont donc guidé nos pas vers la sous-préfecture de Ouessè. Le choix de ce terrain d'étude et de la problématique de recherche, qui relevait des domaines prioritaires du Ministère de la santé publique, offrait à la fois l'opportunité de répondre à une demande pouvant potentiellement se prolonger par des actions concrètes et celle de disposer d'un cadre et d'un appui institutionnels, indispensables pour une telle recherche.

Outre ces aspects opérationnels et pratiques, le choix de la sous-préfecture de Ouessè comme terrain d'étude pour l'analyse de l'accès aux soins se justifie, d'un point de vue disciplinaire, tant par la pertinence de l'échelle régionale que par la représentativité de la région retenue.

Nous pensons en effet que, en milieu rural, l'échelle régionale est la plus adaptée à la problématique retenue. Le choix d'un milieu rural couplé à une échelle régionale permet, beaucoup mieux que celui d'un milieu urbain ou d'une échelle locale, de mettre en évidence l'impact de l'accessibilité géographique des différents services de santé sur les choix thérapeutiques ; ce qui constitue l'un de nos principaux objectifs. De plus, en offrant généralement l'ensemble des soins de santé de base, qu'ils soient de type traditionnel ou moderne, formel ou informel, la région donne à voir la plupart des recours thérapeutiques et leur enchaînement, du moins pour les soins de santé primaires. Cette échelle intermédiaire permet ainsi de saisir de manière presque exhaustive les flux de patients vers et entre les services de santé formels, voire modernes ; condition nécessaire à l'appréhension des espaces de soins.

Les clivages internes de cette sous-préfecture (appartenance ethnique, "enclavement" versus "ouverture", pour ne citer que les principaux, qui tendent d'ailleurs à se superposer), nous conduiront rapidement à travailler à une échelle plus fine, celle de deux moitiés de sous-préfecture. Comme des caractéristiques culturelles, l'offre de soins et les barrières à l'accessibilité, notamment la distance, individualisent souvent fortement les petites agglomérations et les villages, l'échelle locale prendra aussi une place importante dans cette thèse. Les frontières de la sous-préfecture ne seront toutefois pas considérées comme étanches. D'une part, nous avons inclus dans l'étude l'hôpital Saint-Martin de Papané, une des deux pièces maîtresses de l'offre de soins régionale bien que situé à 2 kilomètres à l'extérieur de la sous-préfecture, d'autre part, nous prendrons en compte (mais de manière moins fouillée) les éventuels flux de patients de et vers la sous-préfecture.

¹ L'expérience accumulée dans cette sous-préfecture a débouché sur la diminution de la taille et des coûts de construction des CSSP ultérieurs.

² En 1989 - 1990, nous avons déjà réalisé un mémoire de licence au Niger, en relation avec un projet d'hydraulique villageoise également piloté par l'IUED.

Retenir une sous-préfecture, donc des limites administratives, comme base spatiale de notre thèse est en outre pertinent a priori pour le Bénin, dans la mesure où ce niveau administratif y constitue également le territoire sanitaire officiel de base, incluant des services de deux niveaux hiérarchiques, voire trois, si l'on inclut les unités villageoises de santé peu fonctionnelles. Cette échelle d'analyse permet donc d'étudier si l'organisation spatiale du premier échelon du système de soins publics (aires d'attraction officielles et système de référence) a réellement pu s'imposer. Envisager le recours aux soins d'une population rurale à partir d'une petite région dépourvue de services secondaires et tertiaires peut toutefois paraître réducteur. Cette échelle correspond pourtant bien à la réalité béninoise et, plus largement, de la plupart des régions rurales des pays en développement: les services secondaires et tertiaires s'y concentrent dans les villes, particulièrement les plus grandes d'entre elles, et la population rurale n'y a qu'un accès très limité. Les lointains et coûteux services secondaires et tertiaires sont donc d'emblée largement exclus de l'espace de soins des régions rurales. A l'inverse, les services de base de ces régions rurales n'attirent quasi pas de malades d'autres régions, qui bénéficient d'une offre de soins de santé similaire.

Avec ses 52'000 habitants en 1992 pour 2'500 km², la sous-préfecture de Ouessè est représentative de ces petites régions rurales largement fermées sur elles-mêmes pour les recours aux soins, tout en disposant d'une offre de soins de base diversifiée. Cette dernière comprend notamment des services "traditionnels" (guérisseurs, devins, marabouts), des services "modernes" (hôpitaux, dispensaires, postes de secours, commerces de médicaments pharmaceutiques) et des services "néotraditionnels" (églises thérapeutiques) qui reflètent, avec l'automédication à base de médicaments pharmaceutiques ou de produits phytothérapeutiques, la transition thérapeutique dans laquelle sont engagées, à des degrés divers, presque toutes les régions des pays en développement.

Nous souhaitons précisément étudier cette transition thérapeutique et ses dimensions spatiales, la faible utilisation des services de santé publics étant souvent (mais rarement de façon étayée) présentée comme résultant de la vive concurrence de la médecine traditionnelle, des guérisseurs en particuliers, quand elle ne serait pas due – explication aussi péremptoire que commode – à une opposition culturelle au modernisme. A cet égard, la sous-préfecture de Ouessè constitue un terrain d'étude idéal. Elle cumule la proximité de la terre et de ses ressources phytothérapeutiques propre à une société profondément rurale et agricole, à la proximité du Nigeria dont les exportations et réexportations de produits pharmaceutiques inondent les régions limitrophes, y compris rurales. En matière d'automédication, un véritable choix est donc possible entre les deux types de remèdes, tout comme il est possible en cas de recours extérieur à un spécialiste de la santé, du fait de la diversité de l'offre de soins régionale.

A côté de la médecine traditionnelle en automédication ou spécialisée, la concurrence des services de santé confessionnels, encore souvent dirigés par des expatriés, est souvent considérée en Afrique subsaharienne comme l'une des principales causes de la désaffection envers les services de santé publics. La présence sur la frontière nord-est de la sous-préfecture de Ouessè d'un hôpital confessionnel d'une taille identique à celui du centre de santé public de Ouessè fait de cette région un terrain idéal pour l'étude des relations de concurrence ou de complémentarité entre les secteurs public et confessionnel.

Phénomène plus récent en Afrique subsaharienne et au Bénin en particulier, l'émergence d'un secteur de santé privé est aussi souvent considéré comme l'une des causes de la faible utilisation des services publics. Le secteur privé est surtout très présent en ville, où il croît d'autant plus rapidement que le secteur public ne recrute plus les jeunes infirmiers ou médecins diplômés, quand il ne débauche pas ses agents de santé ou les encourage au départ volontaire. Mais la saturation croissante des villes en services de santé divers conduit de plus en plus d'agents de santé privés, des infirmiers et infirmières surtout, à tenter leur chance dans les

bourgs ruraux. Ici encore, la sous-préfecture de Ouessè est exemplaire de cette situation, avec l'implantation de plusieurs privés, dans quatre localités.

Du point de vue de l'organisation de l'offre de soins de santé, le choix de la sous-préfecture de Ouessè se justifie encore par une raison plus spécifique. Cette sous-préfecture se trouve au cœur d'une zone passablement problématique pour la délimitation des nouveaux districts sanitaires prévus au Bénin. Chacun de ces nouveaux districts sanitaires devrait regrouper quelques sous-préfectures, rattachées à un hôpital de district. Plusieurs éléments rendent particulièrement délicat le découpage d'un ou deux districts sanitaires dans le secteur incluant la sous-préfecture de Ouessè : présence d'une frontière interdépartementale, alors qu'il y a de fortes résistances à créer des districts sanitaires supradépartementaux, existence d'un hôpital confessionnel localisé sur la frontière interdépartementale et recrutant ses patients dans les deux départements, présence d'un grand centre de santé de sous-préfecture à Ouessè enclavé loin des principaux axes de communication et risquant d'être déclassé avec la nouvelle organisation sanitaire, rivalités interethniques... Le cumul des difficultés à surmonter dans ce secteur pour créer les nouveaux districts sanitaires fait de la sous-préfecture de Ouessè un cas plutôt exceptionnel au regard de cette problématique. Prises séparément ou par couple, ces difficultés sont toutefois représentatives de la plupart des sous-préfectures rurales du Bénin. En délimitant les aires d'attraction effectives des services de santé de la sous-préfecture, en particulier celles de l'hôpital public et de l'hôpital confessionnel, nous espérons apporter une contribution objective à la réflexion en cours, invitant les planificateurs à dépasser certaines frontières administratives pour mieux prendre en considération les préférences et les pratiques de recherche de soins de la population.

Sur le plan de l'accès aux soins, la sous-préfecture de Ouessè est encore représentative de nombreuses régions rurales de la zone soudanienne, où les zones de peuplement ancien (ou relativement ancien) assez bien pourvues en infrastructures s'opposent aux fronts pionniers périphériques de colonisation agricole, souvent habités par des allochtones et généralement dépourvus de toute infrastructure. A la marginalité spatiale et culturelle ainsi qu'à l'atomisation de ces populations répond leur marginalité politique, en tant que nouveaux venus soumis aux collectivités locales qui leur accordent le droit d'exploiter les marges de leurs terroirs. Cette double marginalité, sans parler de fréquentes difficultés linguistiques, limite l'accès de ces populations aux services de santé, tout comme elle interdit d'y remédier par la création de nouvelles infrastructures. Cela est d'ailleurs vrai pour l'ensemble des infrastructures (forages, puits cimentés, écoles, bonnes pistes), dont l'absence pèse directement ou indirectement l'état de santé des colons.

Même si nous avons jusqu'ici plutôt insisté sur une certaine fermeture de cette sous-préfecture en matière de recherche de soins, elle n'en demeure finalement pas moins représentative de l'intégration croissante de l'arrière pays d'Afrique occidentale dans une économie régionale, voire mondiale. Avant d'être une terre d'immigration pour des paysans du Sud et du Nord-Ouest, la sous-préfecture de Ouessè était, et reste dans une certaine mesure, une terre d'émigration, comme de très nombreuses régions des zones soudanienne et sahélienne. En migrant, souvent temporairement, vers les villes du sud du Bénin, mais aussi vers les villes et plantations de Côte d'Ivoire, du Nigeria et du Gabon, les jeunes de la sous-préfecture de Ouessè (des hommes surtout) ont contribué aux mutations socio-économiques de leur région d'origine : monétarisation de l'économie locale, modifications d'habitudes de consommation, création dans certains villages d'une classe de transporteurs (taxis et camions) permettant d'atténuer l'isolement de l'ouest de la sous-préfecture et de développer les cultures de rente. Ces mutations ne sont pas sans conséquences sur la nature et le volume de la consommation médicale, à l'heure où les produits pharmaceutiques envahissent les marchés et où plus aucun soin dispensé par un spécialiste de la santé n'est gratuit.

L'intense commerce légal et surtout illégal entre la sous-préfecture de Ouessè et son voisin nigérian constitue un autre exemple de l'intégration économique croissante de l'Afrique occidentale. Cette sous-préfecture est aux premières loges pour bénéficier de ces échanges qui, de proche en proche, impliquent une large portion de l'Afrique occidentale. Ces importations permettent, dans la sous-préfecture, une consommation médicale accrue, en générant des revenus, en rendant disponible de grandes quantités de produits pharmaceutiques bon marché, de l'essence, des bicyclettes et des motocyclettes.

Un dernier exemple de l'insertion des régions rurales de l'arrière pays, comme la sous-préfecture de Ouessè, dans les courants d'échange au long cours est l'extension des cultures de rente, le coton surtout. Ces cultures constituent la principale, sinon l'unique ressource monétaire d'une majorité de la population. Le financement des soins de santé par les bénéficiaires dépend donc largement d'événements aléatoires, comme le succès de la campagne agricole... et les cours mondiaux des cultures de rente.

5. MÉTHODE GÉNÉRALE ET SOURCES

Dans ce chapitre, nous décrirons d'une manière très générale notre méthode, principalement à travers les sources d'information utilisées. Une partie des limites de ces dernières sont aussi exposées ici. Des considérations méthodologiques plus ponctuelles sont dispersées dans le corps de la thèse, en introduction de l'exposé des différents résultats.

Quatre types de sources ont permis de vérifier les hypothèses énumérées ci-dessus :

- le recensement national de la population de février 1992;
- des entretiens;
- des registres et fichier de patients, ainsi que des rapports d'activité mensuels et annuels produits par les services de santé formels et par quelques services privés informels;
- une enquête domiciliaire.

a) Le recensement national de la population

Nous avons l'immense chance de disposer des données d'un recensement national de la population coïncidant avec le début de nos recherches. Réalisé en février 1992, ce recensement décrit bien la population impliquée dans la première de nos trois années d'étude (d'octobre 1991 à septembre 1992). La population par village officiel a fourni des dénominateurs fiables pour le calcul de différents taux. Conformément à l'usage béninois, l'extrapolation de la population pour les années suivantes a été effectuée en augmentant la population par village de 3 % par an, ce qui correspond approximativement au taux de croissance national. Une partie de l'information recueillie dans le cadre du recensement, qui va bien au-delà de la simple structure par sexe et âge de la population, nous a aidé à décrire les grandes articulations de la sous-préfecture étudiée.

Nous espérions même pouvoir aller plus loin. En effet, certains responsables du Bureau central du recensement, à l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), nous avaient laissé entendre, au début de notre premier séjour, qu'il serait possible d'obtenir un fichier nominal des habitants recensés dans la sous-préfecture étudiée, avec l'ensemble des variables souhaitées, moyennant bien sûr l'anonymisation des résultats finaux. Comme les services de santé pouvaient nous fournir, à travers les registres de patients, les noms, prénoms et domiciles de tous leurs patients par type de prestations, diagnostic et date de visite, le croisement de ces deux séries de données ouvrait d'immenses perspectives à l'étude du profil des utilisateurs de chaque service de santé formel. Lors de notre premier séjour en 1992, nous avons donc recopié ou photocopié sur un an les registres de patients pour les soins curatifs de l'ensemble des services de santé modernes de l'ouest de la sous-préfecture étudiée qui en tenaient, à l'exception d'un CCS très peu fréquenté. Nous avons de plus relevé dans le fichier des patients d'un hôpital confessionnel desservant aussi la sous-préfecture tous les patients provenant de l'ouest de cette dernière. L'ensemble de ces informations ont permis de constituer une base de données informatisée nominale recensant environ 10'500 nouveaux cas¹ ou enfants

¹ Les registres de patients des services de santé publics n'indiquent que les nouveaux cas (NC), c'est-à-dire les patients qui visitent pour la première fois un service de santé pour un épisode donné de maladie. S'ils retournent dans ce service pour poursuivre le traitement relatif à ce même épisode, ils sont considérés comme des anciens cas (AC), à moins que les diagnostics ne soient modifiés (il s'agit alors de nouvelles maladies, donc de nouveaux cas; en principe, ce sont en effet les cas de maladie qui sont enregistrés et non pas les patients). Si, sans être expressément référé, un malade se rend par la suite dans un autre service de santé pour le même épisode de maladie, il y sera considéré comme un nouveau cas. La seule information disponible dans les registres pour les anciens cas est leur nombre quotidien. Cette distinction entre nouveaux et anciens cas est aussi utilisée pour certaines prestations liées à la santé maternelle et infantile.

Précisons une question terminologique qui pourrait porter à confusion. A l'hôpital confessionnel étudié, on parle aussi de

inscrits au centre social. De minutieuses et fastidieuses opérations de nettoyage, s'appuyant sur un tri des fiches par nom, prénom et village de domicile, puis par prénom, nom et domicile, ont permis de corriger les fautes de saisie et les différentes orthographes des mêmes noms ou prénoms, afin d'optimiser le croisement de ces données avec celles du recensement.

Lors de notre deuxième séjour, en été 1993, les données du recensement n'étaient toujours pas disponibles. Nous n'avons pu les acquérir qu'en février 1995. Malgré les promesses antérieures et notre insistance, il a toutefois été impossible, pour des raisons techniques et de protection des données, d'obtenir des fichiers nominatifs. Notre base de données nominale patiemment constituée perdait ainsi largement de sa pertinence. Nous avons toutefois pu exploiter la possibilité d'identifier les patients en analysant le nombre moyen de nouveaux cas par patient (cf. partie III, chap. 2j). Il s'agit ainsi de déterminer si les taux d'utilisation relevés par localité impliquent un grand nombre de personnes différentes ou bien s'ils résultent de l'utilisation répétée d'une minorité de patients.

b) Les entretiens

Les entretiens ont impliqué une grande variété d'informateurs, qu'ils soient thérapeutes (médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, technicien de laboratoire, secouristes, matrones, infirmiers et secouristes privés, responsable du centre social, guérisseurs traditionnels, herboriste, "pharmaciens" du secteur formel, vendeurs informels de médicaments ou responsable d'une église thérapeutique), utilisateurs potentiels de leurs services (membres de la population générale, souvent recrutés par l'intermédiaire de notre interprète) ou encore représentants locaux (maires de communes, chefs de villages, souvent accompagnés de quelques conseillers ou notables). Les entretiens avec le personnel de santé se déroulaient généralement sur leur lieu de travail, pendant les heures de travail, plus rarement à leur domicile, après le travail. Ils étaient parfois interrompus par des consultations, ce qui nous permettait d'observer les pratiques du personnel soignant et ses relations avec les patients. Les entretiens avec les autorités locales et des membres de la population générale se sont au contraire presque tous déroulés au domicile des personnes interrogées.

La plupart des entretiens étaient individuels, plus rarement en petits groupes, souvent alors avec un interlocuteur principal, exceptionnellement en grands groupes (deux entretiens avec plus d'une dizaine de guérisseurs à chaque fois). Les entretiens se déroulaient en français, si l'interlocuteur maîtrisait bien cette langue, en *mahi* ou en *nagot*, si tel n'était pas le cas. Nous recourions alors aux services d'un interprète trilingue¹, qui nous a assisté durant tous nos séjours. La plupart des entretiens avec les thérapeutes ont donc eu lieu en français, alors que la plupart des entretiens avec la population et ses représentants se sont déroulés dans l'une des deux principales langues locales. Les premiers étaient généralement semi-directifs, les seconds tantôt semi-directifs, tantôt très ouverts, afin de ne pas imposer d'emblée une grille de lecture sur la perception de la maladie et des services de santé, ainsi que sur les comportements sanitaires.

nouveaux et d'anciens cas (ou plus fréquemment et plus exactement de nouveaux et d'anciens consultants), mais dans un sens tout différent que dans le secteur public. Nouveau ou ancien fait référence au fait d'être déjà inscrit ou non à l'hôpital, et non plus à un épisode de maladie. Ainsi, un malade est un nouveau consultant uniquement lors de sa toute première consultation dans cet hôpital. Le nombre de nouveaux consultants n'est donc pas directement comparable entre les secteurs public et confessionnel. Il en va de même pour les anciens consultants. Comme ces derniers ne sont pas enregistrés dans les services de santé publics, où ils sont assez rares, nous serons obligés tout au long de cette thèse de mettre en parallèle le nombre de nouveaux consultants dans les services publics et le nombre total de visites à l'hôpital confessionnel, ce qui biaise la comparaison au détriment du secteur public.

¹ Il convient de souligner ici combien un interprète de qualité bien intégré dans la zone d'étude, tel le nôtre, constitue un précieux appui pour le chercheur étranger. Son rôle ne se limite pas à la seule traduction simultanée. Il introduit également le chercheur dans sa société, lui faisant bénéficier de ses connaissances et de son réseau de relations.

Ces enquêtes qualitatives nous ont permis de faire connaissance avec l'offre de soins de santé disponible dans la sous-préfecture étudiée, avec ses acteurs et leurs pratiques, avec les principaux problèmes de santé et leur perception, avec les grandes lignes du comportement de recherche de soins de la population, ainsi qu'avec leurs motivations. Ces entretiens constituent la seule source d'information disponible pour l'ensemble des thérapeutes informels (à l'exception de trois privés tenant des registres de patients). Ces données qualitatives ont été indispensables à la rédaction d'un questionnaire pertinent. De plus, elles éclairent les résultats quantitatifs fournis par ce questionnaire et l'exploitation des registres de patients et des rapports d'activité.

c) Les sources administratives locales

L'exploitation des registres et fichiers de patients s'est révélée fort utile pour décrire les patients fréquentant les divers services de santé modernes, notamment leur provenance; ce qui ouvre la porte à l'analyse de l'espace médical des services de santé et de l'espace de soins formels de la population. Chaque service de santé public dispose d'un registre de patients dans lequel chaque nouveau cas est consigné. Nous y trouvons le nom, le prénom, le domicile par village (y compris généralement par village non officiel et grand hameau), le sexe et la catégorie d'âge¹ du patient, de même que le diagnostic, le traitement prescrit et, généralement, le coût de la consultation et celui des médicaments. Les hôpitaux publics utilisent encore un registre séparé pour les hospitalisations. Les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè disposent en outre depuis 1994 d'une feuille quotidienne de gestion comptable des consultations. Elle nous a permis de calculer le coût officiel d'un épisode de maladie par établissement. Trois des principaux services privés de la sous-préfecture et les très rares UVS encore fonctionnelles remplissaient des registres similaires pour les soins curatifs.

Le système d'enregistrement est tout différent à l'hôpital confessionnel inclus dans l'étude. Là, un énorme fichier remplace les registres. Lors du premier contact d'un patient avec cet hôpital, une fiche individuelle est établie à son nom, avec un numéro d'identification dont une copie sur carton est remise au patient. Lors d'une visite ultérieure, ce numéro permet de retrouver la fiche du patient, qui constitue son "dossier médical". Au besoin, des fiches vierges sont agrafées à la première. Ce système permet un meilleur suivi du patient, puisque ses antécédents, du moins ceux enregistrés dans cet hôpital, sont immédiatement disponibles². De plus, chaque visite y est détaillée avec le même soins, alors que dans le système public seuls les nouveaux cas sont documentés.

Le système du fichier central constitue par contre un véritable casse-tête dès lors que l'on veut en tirer des informations sur le profil de l'ensemble des patients pour une période donnée. Le fichier n'offre plus la linéarité temporelle des registres. Les visites à documenter sont en effet inscrites dans des "dossiers" potentiellement dispersés dans l'ensemble de l'énorme fichier (près de 100'000 fiches en 1995) constitué depuis l'ouverture de l'hôpital. Repérer toutes les visites effectuées durant une année nécessiterait donc en principe de "feuilleter" l'ensemble du fichier.

¹ Moins d'un an, de 1 à 4 ans, de 5 à 14 ans et 15 ans et plus. Si les catégories d'âge des enfants sont donc bien détaillées, ce qui se montrera pertinent au vu des différences observées dans les taux d'utilisation des services de santé, il n'en va pas de même pour les adultes; il est regrettable que l'on ne puisse pas individualiser au moins les jeunes adultes (15 à 44 ans) impliqués dans le cycle reproductif, des adultes d'âge mûr et âgés, eux aussi probablement caractérisés par des besoins de santé et un comportement de recherche de soins particuliers.

² Un tel suivi est aussi possible dans les services de santé public, puisque les informations médicales inscrites dans le registre des patients sont recopiés dans un carnet de santé individuel suivant le patient. S'il le souhaite, l'infirmier peut feuilleter ce carnet et cours de consultation, les patients le prenant presque toujours avec eux (dans le cas contraire, ils doivent en racheter un nouveau!). Par rapport au registre central, ce système offre au thérapeute l'avantage de connaître les antécédents, même s'ils ont été relevés dans un autre établissement. Il est par contre bien plus lourd, puisque toutes les informations médicales doivent être écrites deux fois. De plus, l'utilité potentielle des carnets de santé est amoindrie par le fait que les privés et l'hôpital confessionnel ne les remplissent pas.

Comme la proportion de nouveaux inscrits est assez élevée, que certains doivent se réinscrire suite à la perte du numéro d'identification et que les anciens patients décèdent peu à peu, c'est surtout la partie récente du fichier qui est "active". En combinant une revue exhaustive de la dernière année du fichier, comportant tout les nouveaux inscrits de l'année, à un sondage au 1/6 sur les six années précédentes¹, il est possible de trouver ou d'extrapoler l'ensemble des visites effectuées durant une année. A la partie extrapolée des visites, nous avons attribué la même structure de sexe, âge, diagnostic et provenance qu'aux visites directement relevées dans le fichier. Ce procédé nous a permis de ne passer en revue "que" 10 à 15'000 fiches pour chacune des trois années étudiées.

Comme seules les visites effectuées par des patients issus de la sous-préfecture étudiée nous intéressaient (environ 40 % du total), il fallait repérer les fiches correspondantes avant de relever les informations pertinentes pour la ou les visites comprises dans la période étudiée. Les consultations prénatales posaient un problème particulier, dans la mesure où elles étaient noyées dans ce fichier et débouchaient souvent sur des soins curatifs. Pour des raisons indiquées plus loin (cf. partie III, chap. 2c), nous les avons incluses dans les soins curatifs, alors qu'elles en ont été distinguées dans les services de santé publics. En outre, la provenance des patients est moins détaillée à l'hôpital confessionnel que dans les services de santé publics, surtout pour la moitié de la sous-préfecture la plus éloignée de l'hôpital (cf. partie III, chap. 2a). Conjointement au fichier, cet hôpital utilise un registre "linéaire" des patients hospitalisés. Les données pour les hospitalisations sont donc plus précises que celles relatives aux soins ambulatoires, puisqu'elles n'incluent ni sondage ni extrapolation.

D'une manière générale, les registres et fichier destinés aux soins curatifs sont bien tenus. Rares sont les données manquantes². Les données individuelles, très simples, sont fiables, sauf pour une partie des provenances à l'hôpital confessionnel et, peut-être parfois, la catégorie d'âge pour les enfants. Au vu des moyens de diagnostic à disposition, de la rapidité voire de l'absence des examens et du bas niveau général du personnel soignant, les diagnostics sont peu fiables. Dans un des dispensaires, l'infirmier avait de plus mal compris les consignes et il s'est contenté d'inscrire les symptômes pendant plus de six mois.

Les activités liées à la santé maternelle et infantile (SMI) sont par contre nettement moins bien documentées, aussi bien dans les services de santé publics qu'à l'hôpital confessionnel. Dans les services publics, les supports du système d'information sanitaire destinés aux maternités sont moins standardisés que ceux utilisés dans les dispensaires. Le manque d'outils ad hoc pour les maternités conduit à divers "bricolages", pour tenter d'y pallier, et à des lacunes dans l'information. Ainsi, il existe des cartes individuelles pour les consultations prénatales, la vaccination et le suivi de croissance des enfants. Ces cartes restent dans les services de santé. Par contre, des cahiers d'école tiennent généralement lieu de registres d'accouchements et de soins (consultations gynécologiques et maladies pendant la grossesse). Comme les cartes mentionnées ci-dessus permettent difficilement de remplir les rapports mensuels d'activité, la plupart des sages-femmes se sont constituées des "registres" personnels pour les consultations prénatales, la

¹ Ces sondages couvrent deux mois par année, pris à raison de deux semaines par trimestre (avec décalage progressif de ces deux semaines au sein de chaque trimestre), afin de tenir compte de la saisonnalité du nombre de consultations. Ces sondages fournissent un nombre de visites rapidement décroissant lorsque l'on remonte dans les parties anciennement créées (mais toujours actives) du fichier. Au moyen d'une droite de régression nous avons extrapolé ces résultats à la partie du fichier créée il y a plus de 7ans. Cette extrapolation apportait très peu de nouvelles visites, ce qui est conforme à ce que nous avons observé sur place: la partie la plus ancienne du fichier est conservée dans un entrepôt séparé de la réception et il est très rare que le personnel doive aller y pêcher la fiche d'un patient; cette partie du fichier est quasi "morte".

² Nous parlons ici des enregistrements incomplets des nouveaux cas et non pas de l'absence total d'enregistrement d'une visite. Possible, surtout dans les CCS, cette dernière reste probablement très rare: un agent de santé a tout intérêt à montrer qu'il travaille beaucoup et il existe d'autres moyens plus discrets de détourner de l'argent ou des médicaments. Par contre, conformément aux directives, les anciens cas ne sont jamais enregistrés dans les services de santé publics. On en tient un simple décompte.

vaccination, les consultations post-natales et la consultation des enfants sains. Ces “registres” n’indiquent pas toujours la provenance des utilisateurs de ces prestations. La nature et la précision de l’information relevée dans une maternité peut aussi varier assez rapidement, au gré de nouvelles consignes, d’initiatives personnelles ou de changements de personnel, et cela d’autant plus que le système d’information sanitaire pour la SMI est peu codifié. Nous avons dû nous adapter à ces contraintes, souvent en abandonnant notre objectif d’exhaustivité. Ainsi, les aires d’attractions des maternités pour les consultations prénatales ont été souvent établies sur la base de quelques mois d’enregistrement seulement.

Pour la SMI, la disponibilité d’information à l’hôpital confessionnel n’est pas meilleure, voire pire. Comme indiqué, les consultations prénatales sont enregistrées sur les fiches individuelles des patients, parmi d’éventuelles consultations strictement curatives et sans signe d’identification particulier¹. Ici encore, un cahier dénombrant les nouvelles et les anciennes consultantes par séance permet de remplir le rapport mensuel d’activité. Ces enregistrements sommaires ne comportent pas la provenance des femmes. Il n’existe pas à l’hôpital confessionnel de registre spécifique aux accouchements, qui sont inscrits dans le registre d’hospitalisation. Les rares informations sur les consultations post-natales et le suivi des enfants sains ne paraissent pas toujours cohérentes, selon les différentes sources internes à l’hôpital. Elles se limitent de plus au volume d’activité, tout comme pour la vaccination, qu’elle soit pratiquée à l’hôpital ou en stratégie avancée.

Chaque service de santé public, ainsi que l’hôpital confessionnel, fournissent un rapport mensuel d’activité. Pour chaque type de prestations, ils indiquent le nombre de cas, en spécifiant s’il s’agit d’un nouveau ou d’un ancien cas. Un rapport nosologique plus détaillé est fourni pour les consultations curatives. Il indique le nombre de nouveaux et d’anciens cas par diagnostic ou groupe de diagnostics, de même que les décès, en distinguant la catégorie d’âge et les soins ambulatoires des soins hospitaliers. Durant une partie de la période étudiée, la liste des diagnostics à documenter différait en fonction du type d’établissements. Bien qu’ils n’incluent aucune variable spatiale, ces rapports mensuels d’activité sont précieux, dans la mesure où ils fournissent un aperçu synthétique et facilement disponible de la nature, du volume et de l’évolution des activités pratiquées dans chaque service de santé, de même que du profil très général des patients pour les soins curatifs (catégorie d’âge et diagnostic).

L’exploitation des rapports mensuels et annuels d’activité porte sur les années civiles 1992, 1993 et 1994. Les données sont exhaustives pour cette période. Pour le secteur public, la disponibilité des rapports remontait à seulement avril 1991, les rapports antérieurs ayant disparu. Nous n’avons pas directement exploité les données de 1991, l’année étant incomplète. Nous avons retenu les mêmes années, pour l’exploitation, plus fine, des registres et fichier de patients. Cependant, ces trois années ne correspondent alors plus aux années civiles. L’“année 1992” s’étend d’octobre 1991 à septembre 1992, 1993 va d’octobre 1992 à septembre 1993 et 1994 d’octobre 1993 à septembre 1994. Ce décalage avec les années civiles résulte des dates de nos trois séjours et du désir de récolter à chaque fois les données les plus récentes possibles, mais au moins pour une année complète. Comme l’exploitation des registres et fichier est extrêmement lourde, nous n’avons pas été aussi exhaustif dans le temps et l’espace que pour celle des rapports. Certaines prestations ont été mieux documentées que d’autres: en gros, les soins curatifs bénéficient d’une base statistique temporelle plus large que la SMI. D’autre part, les informations exploitées à ce niveau de détail pour l’année 1992 ne portent que sur les habitants des 4 principales communes de l’ouest de la sous-préfecture de Ouessè. De plus, les diagnostics pour les soins curatifs n’ont pas été relevés pour l’année 1993. L’année 1994 fournit les données les plus exhaustives et les plus récentes. Nous l’exploiterons donc en priorité, tout en revenant,

¹ Mais certains indices, comme le diagnostic (ou l’absence de diagnostic si la consultation n’a relevé aucune pathologie) et les examens effectués, permettent de repérer de manière assez fiable les visites s’inscrivant dans une consultation prénatale.

lorsque cela est possible, sur les années 1992 et 1993 pour suivre une éventuelle évolution temporelle.

Aussi détaillée et fiable soit-elle, l'information issue du seul système de soins formel est incapable de rendre compte globalement de la quête thérapeutique d'une population. Si l'utilisation constitue l'évidence que l'accès est réalisé, les taux d'utilisation ne permettent pas de déterminer dans quelle mesure les services n'ont pas été utilisés pourquoi (LEWIS *in*: PANGU, 1988). Les données sanitaires officielles passent en effet sous silence l'ensemble des soins dispensés par les profanes, dans le cadre de l'automédication, et par les thérapeutes informels. De plus, elles offrent une image statique des soins, occultant la multiplicité, voire l'enchevêtrement des recours pour un même épisode de maladie. Finalement, elle ne dit rien des modalités de l'utilisation d'un service de santé particulier ni des facteurs associés à son choix. Afin d'embrasser la complexité des faits et des processus impliqués dans le recours à des systèmes de santé pluralistes, Dory (1992) propose, comme outil méthodologique, l'étude systématique des itinéraires thérapeutiques, qu'il définit comme l'ensemble des initiatives prises par un individu et/ou par le groupe concerné par la maladie durant l'épisode de maladie. Une telle étude, très exigeante en matière d'information, passe par une enquête auprès de la population générale.

d) L'enquête domiciliaire

Comme notre objectif consiste autant à évaluer l'impact de la localisation et de la distance aux services de santé sur les choix thérapeutiques qu'à décrire une situation d'ensemble, il est indispensable de travailler à une échelle fine et avec un échantillon global suffisamment grand pour pouvoir le désagréger avec pertinence. Le plan d'échantillonnage comporte donc deux niveaux: les villages et les ménages. Les 43 villages considérés incluent la plupart des villages officiels (35 sur 39) et 8 villages non officiels ou hameaux, parmi les plus grands de la sous-préfecture. Les villages officiels des deux plus grandes agglomérations de la sous-préfecture ont tous été individualisés, contrairement à ceux, moins nombreux, des trois autres agglomérations, plus petites.

Le choix des villages n'est pas aléatoire. Il s'agit d'un choix raisonné, largement confirmé par un groupement hiérarchisé des villages effectué au moyen du "progiciel R", en utilisant l'indice de similarité de Gower appliqué à 8 variables, avec une connexité de 0,5¹ (LEGENDRE, 1984; 1991). Ces variables décrivent l'accessibilité aux principaux services de santé desservant la sous-préfecture. Il s'agit de:

- la distance à l'hôpital confessionnel;
- la distance au CSSP;
- la distance au service de santé formel le plus proche (généralement un CCS ou le CSSP, rarement l'hôpital confessionnel);
- la présence d'une UVS fonctionnelle dans le village;
- la localisation ou non du village au bord de la route goudronnée;

¹ La connexité varie potentiellement de 0 à 1. Une connexité de 0 correspond à un groupement à liens simples entre les objets, ici les localités. Elle permet à une localité de rejoindre facilement un groupe, puisqu'il suffit qu'elle soit liée à un seul membre de ce groupe pour y être incluse. Une connexité de 0 est utilisée lorsque l'on veut mettre en évidence un gradient entre des objets. A l'inverse, une connexité de 1 correspond à un groupement à liens complets, beaucoup plus contraignant. Une localité rejoint en effet un groupe que lorsqu'elle est liée à la localité la plus distante du groupe, autrement dit, lorsqu'elle est liée à toutes les localités du groupe. De même, pour qu'un groupe fusionne avec un autre groupe, il faut que tous ses membres soient liés à tous ceux de l'autre groupe à la similarité considérée. Une connexité de 1 est retenue lorsque l'on souhaite mettre en évidence des groupes très contrastés. A mi-chemin entre ces deux extrêmes, une connexité de 0,5 signifie qu'une localité est incluse dans un groupe dès qu'elle est liée à la moitié des localités de ce groupe.

- la localisation ou non du village à moins de 4 kilomètres de la route goudronnée;
- la desserte du village uniquement par une mauvaise piste.

Nous avons encore retenu l'ethnie majoritaire dans le village comme huitième variable, car elle synthétise d'éventuelles différences culturelles dans les choix thérapeutiques, tout en constituant une caractéristique essentielle d'un village.

En fonction de certaines hypothèses et de l'impossibilité de trop multiplier les villages retenus, nous n'avons pas toujours respecté la hiérarchie des groupes proposée par la méthode de groupement. Ainsi, un ou deux sous-groupes de villages ne sont pas représentés dans l'enquête, alors que nous avons par contre retenu un village par sous-groupe d'un niveau hiérarchique inférieur. Cela est notamment le cas pour les villages des communes de Ouessè et Laminou, qui nous ont permis de tester l'influence de faibles variations de distance ou celle de l'appartenance ethnique. Ainsi, au sein de l'agglomération de Ouessè, nous avons choisi le village abritant le CSSP et le village le plus éloigné (moins de 2 kilomètres). Nous avons encore retenu le village le plus proche de l'agglomération, à 3 kilomètres. Ces trois villages devraient mettre en évidence l'existence d'un éventuel gradient dans l'utilisation du CSSP. De plus, nous avons encore inclus dans l'enquête un hameau *peul*, lui aussi à moins de 2 kilomètres du CSSP, afin de vérifier s'il existe des différences de comportement thérapeutique avec les autochtones habitant à la même distance du CSSP. Lorsque plusieurs villages paraissaient "équivalents" au regard des principaux facteurs pouvant a priori influencer les comportements thérapeutiques, le choix de l'un d'eux a souvent été guidé par des contacts antérieurs, noués lors des enquêtes qualitatives.

Ce choix raisonné en fonction d'une typologie des villages où mener l'enquête a conduit à une surreprésentation de certains types de villages, notamment des villages isolés et des villages allochtones, puisque nous voulions distinguer différentes ethnies allochtones. Il s'agit donc bien d'un échantillon visant l'exemplarité de situations caractéristiques pertinentes pour notre problématique et non pas d'un choix aléatoire de villages, qui aurait probablement passé sous silence plusieurs cas de figure des plus intéressants. Le revers de la médaille de cette option est que l'ensemble de ces cas exemplaires n'est pas rigoureusement statistiquement représentatif de l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, même si la proportion assez élevée de villages retenus (13 sur 43), leur dispersion spatiale et le groupement hiérarchisé servent de garde-fous. Tout en ayant conscience des limites de l'exercice, nous avons tout de même, en plus de l'analyse par village, agrégé les données des 13 villages pour fournir des estimations globales pour la sous-préfecture. Nous sommes même allés plus loin, en fournissant des estimations pour les deux régions constituant la sous-préfecture et en les comparant. Il faut tout de même considérer ces résultats avec une certaine prudence étant donné qu'ils n'ont pas été pondérés par la taille des villages lors de leur agrégation.

Dans chacun des 13 villages retenus, 50 ménages ont été sélectionnés. La définition du ménage retenue est "l'ensemble des personnes vivant de façon permanente sous le toit du chef de ménage, sous son autorité et qu'il nourrit". Selon une préenquête, le questionnaire utilisé allait documenter en moyenne environ deux cas de maladie par ménage, soit une centaine par village en retenant 50 ménages. Une centaine de cas nous paraissaient suffisants pour caractériser un village. De même, visiter 650 ménages (50 fois 13) était dans nos moyens, en engageant une équipe d'enquêteurs. Fallait-il prendre un nombre de ménages proportionnel à la taille des villages? Lors des enquêtes, nous ne disposions pas encore de la population par village, selon le recensement de 1992. De plus, 3 des 13 villages choisis n'étaient pas officiels, d'où l'impossibilité d'obtenir leur population. Comme la population du plus grand village inclus dans l'enquête était estimée à neuf fois celle du plus petit et que nous tenions impérativement à disposer au minimum d'une petite centaine de cas par village, le nombre total de ménages à visiter serait devenu énorme en retenant un nombre de ménages proportionnel à la taille des villages. Devant la grande diversité d'accessibilité aux services de santé et d'appartenance

ethnique, nous ne voulions d'autre part pas diminuer le nombre de villages à visiter. Nous avons donc retenu un nombre constant de ménages par village, ce qui par ailleurs simplifiait l'organisation des enquêtes (un village = un jour).

Par un double souci d'économie de temps et de représentativité surtout spatiale des ménages, ces derniers n'ont pas été tirés au sort. Cela aurait nécessité d'identifier et de numéroté l'ensemble des ménages de 13 villages, comptant approximativement 16'600 personnes, tout en dressant un plan sommaire de chaque village. D'autre part, nous préférons "contrôler" la représentativité des ménages choisis, plutôt que de nous abandonner au hasard. Par exemple, un des villages inclus dans l'enquête est vaste et son CCS complètement excentré. Comme nous avons ailleurs émis l'hypothèse que de faibles différences de distance suffisent à influencer le taux d'utilisation des services de santé, nous voulions être certain que le hasard ne privilégie pas, au sein du village, les ménages éloignés (ou proches) du CCS.

En suivant des consignes précises, ce sont donc les chefs de villages ou leurs adjoints qui ont choisi les ménages. Nous leur avons au préalable expliqué que nous souhaitions la meilleure représentativité possible. Il devait donc y avoir des ménages issus équitablement de tous les quartiers et de toutes les familles élargies, des grands et des petits ménages, des ménages avec de jeunes adultes et d'autres avec des personnes âgées. De plus, toutes les ethnies, religions et professions existant dans le village devaient être représentées. Nous avons donc visité chacun des 13 villages en compagnie de son chef et numéroté 50 ménages dans chacun d'entre eux. A ce stade, il était impossible de vérifier si les consignes étaient respectées, sauf pour l'égalité spatiale entre les quartiers, qui était partout bonne. Différentes remarques faites par les chefs au cours de cette sélection montraient qu'ils avaient parfaitement compris ce que nous attendions d'eux. Nous avons par exemple désigné une maison laissée de côté. Le chef dit alors que le village était encore grand, que nous avons pris assez de ménages dans ce secteur. Ailleurs, un chef dit en cours de sélection qu'il y avait aussi quelques ménages d'immigrés de l'Atacora dans son village et qu'il fallait aussi en retenir un ou deux. La porte de chaque ménage choisi était numérotée à la craie. Nous avons dressé un plan très sommaire de chaque village et localisé les ménages inclus dans l'enquête, afin de faciliter leur repérage par les enquêteurs. Dans le même but, nous avons aussi relevé le nom des 50 chefs de ménages dans les plus gros villages.

Ces visites de sélection nous ont permis une rapide prise de contact avec les ménages. Elles ont sans doute contribué à l'excellente participation de la population, en montrant clairement que les chefs de villages étaient informés et qu'ils appuyaient l'enquête. De fait, seul un des 650 ménages sélectionnés refusa de participer à l'enquête. Il s'agissait "d'étrangers" en location dans une maison, qui voulaient nous renvoyer au propriétaire. Nous avons remplacé ce ménage par un ménage voisin. Les enquêteurs procédaient de même dans le cas, rare, où aucun adulte n'était présent à la maison durant toute la journée de l'enquête. Si l'absence n'était que momentanée ou s'il était possible d'aller chercher un adulte du ménage, l'enquêteur repassait plus tard.

Les objectifs et le déroulement de l'enquête avaient été expliqués aux autorités locales. Lors de la numérotation des ménages nous disions succinctement, si un adulte était présent, que nous repasserions tel jour, avec des enquêteurs, pour discuter de la santé des membres du ménage. Afin de donner des informations plus détaillées directement à la population et rappeler les dates de l'enquête par village, nous avons fait passer à de nombreuses reprises des annonces à la radio locale, en *mahi* et en *nagot*. La veille au soir de l'enquête, les chefs de villages devaient encore faire "gongonner"¹ pour rappeler aux ménages concernés la visite des enquêteurs. Nous avons demandé qu'au moins un adulte du ménage soit présent, si possible le chef de ménage et toutes ses épouses. L'information a presque partout très bien circulé. Partout le chef de village et

¹ Envoyer un crieur public.

ses adjoints nous attendaient le jour dit, de même qu'au moins un représentant de la plupart des ménages sélectionnés.

Nous avons testé 35 candidats enquêteurs, principalement sur leurs compétences linguistiques, et en avons retenu 12. Les enquêteurs devaient être trilingues (français, *mahi* et *nagot*) et savoir lire dans ces trois langues. Ils devaient au moins avoir atteint le niveau de la troisième, selon un système scolaire comparable au système français. Nous aurions aussi aimé recruter des femmes, mais les deux seules candidates ne répondaient pas à ces exigences. Nous avons suivi les recommandations de diverses personnes de la sous-préfecture et de la littérature (PHOON, s.d.) en recrutant les enquêteurs dans la sous-préfecture même et de préférence dans les villages à visiter. Tout en facilitant le recrutement, cela augmentait l'acceptabilité de l'enquête et la diffusion de l'information.

Chaque jour, toute l'équipe se rendait dans un nouveau village. Les enquêteurs, qui avaient reçus deux jours de formation théorique et pratique, travaillaient par paire: un de langue maternelle *mahi*, l'autre *nagot*. Rédigé en français, le questionnaire (cf. Annexe 1) a été traduit en *mahi* et en *nagot* par les soins de deux alphabétiseurs locaux. Il a été testé auprès de ménages *mahi* et *nagot* et légèrement corrigé avant l'enquête. Les entretiens se déroulaient donc dans l'une de ces deux langues ou en français, selon le souhait des personnes interrogées. Les ménages relevant des minorités ethniques de la sous-préfecture parlaient tous au moins l'une de ces trois langues. Aidé d'un interprète attitré, nous administrions aussi le questionnaire à un ou deux ménages du village visité, avant de nous concentrer uniquement sur le contrôle de la qualité des données recueillies. Régulièrement les enquêteurs venaient nous apporter leurs questionnaires remplis ou encore l'interprète allait les chercher auprès d'eux. Le repas de la mi-journée a aussi permis un contact direct avec tous les enquêteurs. Nous avons ainsi pu effectuer un contrôle immédiat, continu et complet des données, particulièrement de leur complétude et de leur cohérence. Les enquêteurs pouvaient ainsi apporter sur le champ les précisions et compléments nécessaires, au besoin en retournant dans le ménage. Ce contact quasi permanent avec les enquêteurs permettait ainsi de régler les cas particuliers, de corriger les erreurs et de dispenser des conseils ciblés. Notre interprète a aussi été envoyé auprès de certains ménages déjà visités, pour y effectuer des sondages en leur posant quelques questions clés. Nous avons au préalable informé les enquêteurs que nous procéderions ainsi pour contrôler la qualité de leur travail.

Le questionnaire utilisé privilégie les questions factuelles sur des pratiques effectives, plutôt que des déclarations de principes. Comme le relève Fassin (1992) et Benoist (1997), il existe en effet souvent un fossé entre la règle énoncée et la pratique réelle:

Le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin), qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. D'où le peu de valeur qu'on peut attribuer aux réponses à des questions formulées sur le mode "lorsque vous êtes malade, où consultez-vous?" que l'on retrouve dans de nombreuses enquêtes (FASSIN, 1992).

L'enquête a impliqué 650 ménages répartis, à raison de 50 par village, dans 13 villages. Ces ménages comptaient au total 5'357 personnes et 1'337 cas des maladies pour lesquelles nous souhaitions étudier les itinéraires thérapeutiques. Elles s'est déroulée sur trois semaines, à cheval sur janvier et février 1995. Cette période de l'année a été retenue car la saison agricole vient alors de se terminer par la récolte du coton. La population n'est alors plus dispersée dans les champs et les fermes, pour la journée ou pour plusieurs jours voire semaines d'affilée.

A travers l'étude des itinéraires thérapeutiques, puis des déterminants des choix thérapeutiques, les données fournies par l'enquête domiciliaire nous ont permis d'explorer le

recours aux soins de santé selon les deux perspectives discernées par Kroeger (1983a) et Phillips (1990):

- comme un processus dynamique consistant en plusieurs étapes successives dans lesquelles le patient prend des décisions sur ce qu’il va faire;
- comme le résultat de l’interaction complexe de facteurs déterminants.

e) Mesure de la distance

Le recours à la distance en ligne droite et à la distance selon le plus court chemin, deux formes de distances linéaires, est fréquemment décrié (POWELL, 1995)... mais reste de loin le plus fréquent, du fait de sa simplicité. La distance-temps (ANNIS, 1981), la distance-coût, la distance-effort, la distance perçue... que d’aucuns ont proposé comme une mesure plus appropriée de l’accessibilité paraissent effectivement plus pertinentes dans la mesure où, en incluant une dimension sociale, elles sont plus complexes qu’une simple mesure physique. SHANNON, SKINNER et BASHSHUR (1973) ont démontré que l’on obtient des résultats différents, selon que l’on étudie l’accessibilité en termes de distance linéaire ou de distance-temps. Une distance linéaire est en effet hétérogène du point de vue du temps, puisqu’il existe des seuils dus aux différents moyens de locomotion utilisés et à une voirie permettant des vitesses plus ou moins élevées. Au-delà d’une certaine distance linéaire, variable d’un individu et d’une société à l’autre mais de l’ordre de quelques kilomètres en milieu rural tropical, un déplacement à pied vers un service de santé n’est plus guère envisagé. Se pose alors la question de la disponibilité en véhicules privés ou publics, du coût financier du transport et des contraintes temporelles liées à la répartition sexuelle des tâches (POWELL, 1995). La possession d’une voiture privée reste exceptionnelle dans le tiers monde. Plus fréquents, les cycles et motocycles ne sont pas toujours appropriés au transport de malades. Hormis le long des axes principaux, les transports publics restent rares ou inexistantes et un aller et retour au service de santé peut coûter plus cher que la consultation et le traitement recherchés (PHILLIPS, 1990; SAUERBORN, IBRANGO, NOUGTARA [*et al.*], 1995).

Dans la pratique, l’avantage conceptuel des mesures non linéaires de la distance est souvent largement contrebalancé par la difficulté voire l’impossibilité de les quantifier. Dans cette recherche, nous nous sommes par exemple bien vite rendu compte qu’il était illusoire de vouloir calculer un temps moyen de trajet entre deux lieux, mesure qui rend pourtant mieux compte de la diversité des situations que la distance en kilomètres (localisation, qualité des voies de communication, réseaux de transports publics, niveau d’équipement en moyens de locomotion personnels). Cette moyenne ne correspondrait en effet à aucune réalité individuelle, tant les situations sont diverses: moyen de transport utilisé, temps d’attente d’un moyen de transport collectif ou temps nécessaire à la location d’une moto privée, état de la piste au moment même de son utilisation (très variable en fonction de la saison, du temps écoulé depuis la dernière grosse pluie ou depuis la dernière réfection), état de santé du malade qui influence le mode de transport, et son rythme si l’on a “choisi” la marche. Ce dernier facteur est lui-même variable en fonction de l’âge du malade. Même très malade, un bébé peut encore être transporté à pied ou à moto, sur le dos de sa mère, alors qu’un vieillard nécessitera l’utilisation d’une voiture.

Pas plus que la distance linéaire, la distance-temps ne parvient à rendre compte des coupures de pistes temporaires ou saisonnières, ni du fait que les taxis, lorsqu’il y en a, ne sont souvent disponibles qu’une petite partie de la journée. Quelle durée faut-il en outre attribuer à un déplacement de 30 minutes en taxi, qui a nécessité une attente préalable à l’autogare de 45 minutes (le temps qu’un taxi passe ou qu’un taxi qui en part soit plein), et qui aurait été effectué

une demi-journée plus tôt si un taxi avait été disponible à ce moment? Si la dimension temporelle paraît capitale au point d'une faire la base de la mesure de la distance, et largement de l'accessibilité, ne faudrait-il alors pas aussi prendre en compte la durée d'attente dans le service de santé, très variable d'un service à l'autre et de cas en cas? Finalement, cette hypothèse d'une recherche de la minimisation du temps pour accéder aux soins n'est-elle pas partiellement invalidée par le temps souvent important qui s'écoule entre le constat des premiers symptômes et la recherche de soins extérieurs?

La distance perçue constituerait-elle alors une alternative séduisante? Ce concept permet en effet d'intégrer toutes les dimensions possibles et imaginables. Il souffre cependant d'un triple handicap. Premièrement, la distance perçue caractérise un individu ou éventuellement un ménage. Au-delà de tendances générales, il ne saurait y avoir de consensus villageois sur la question. Or la géographie ne s'attache pas à l'étude d'individus, mais de sociétés, de populations; ce qui implique la nécessité de calculer une distance moyenne pour une collectivité. Deuxièmement, cette variabilité individuelle se double d'une variabilité conjoncturelle (impossibilité de marcher, panne de la moto familiale, nuit, pas d'argent à ce moment, rivières en crue...). Finalement, la nature et le grand nombre de dimensions à prendre en compte rendent la mesure de la distance perçue quasi impossible. Toute tentative en ce sens passerait de plus par des enquêtes ad hoc auprès de la population. Démarche infiniment plus lourde et hasardeuse que la mesure d'une distance sur la carte!

Retenir le coût comme mesure de la distance soulève le même type de difficultés, sans même que l'on s'interroge sur la nature des coûts à retenir: coûts monétaires et non monétaires, coûts directs et indirects. Nous nous en sommes donc tenus à la distance linéaire selon le chemin le plus court usuellement utilisé pour se rendre du centre de chaque village aux divers services de santé utilisés. Mais conformément aux recommandations de POWELL (1995), nous avons considéré que la distance pouvait avoir un impact différencié selon les catégories démographiques, les services de santé, les localisations; tant il est vrai qu'il n'existe pas de fonction mathématique universelle décrivant l'effet de la distance sur les interactions humaines. De plus, si la distance constitue notre principale mesure de l'accessibilité, elle est complétée par d'autres, comme la disponibilité de moyens de locomotion publics et privés.

6. LES SÉJOURS

Cette thèse s'appuie sur trois séjours au Bénin, d'une durée totale de neuf mois, dont l'essentiel passé dans la sous-préfecture de Ouessè. Le premier séjour (3 mois) s'est déroulé de juillet à octobre 1992, le deuxième (2 mois) en septembre et octobre 1993 et le troisième (4 mois) de décembre 1994 à mars 1995. L'exploitation des sources administratives et les entretiens avec la population et les divers thérapeutes ont été effectués durant les trois séjours, l'enquête domiciliaire pendant le troisième.

Lors des séjours dans la sous-préfecture de Ouessè, nous vivions dans l'agglomération de Ouessè, dans une maison de fonction que nous partagions avec le médecin-chef adjoint. Cette dernière était construite au sein du CSSP. Nous étions ainsi à pied d'oeuvre pour une partie du travail. Lorsque nous travaillions à l'hôpital Saint-Martin de Papané, le médecin-chef et son épouse nous ont aussi souvent offert l'hospitalité.

Nous avons loué une petite moto (80 cm³), avec laquelle nous avons effectué l'essentiel des déplacements dans la sous-préfecture.

Le même interprète trilingue, par ailleurs tailleur et agriculteur, a travaillé pour nous à la demande durant les trois séjours.

PREMIÈRE PARTIE

CADRE DE L'ÉTUDE

1. DU PAYS À LA RÉGION

Cette thèse se focalise sur la sous-préfecture de Ouessè, dans le département du Zou, et plus précisément sur ses habitants, puisque nous les suivrons aussi lors de leurs rares déplacements, en quête de soins, à l'extérieur de la sous-préfecture. Plus ou moins directement, de nombreux facteurs influencent l'état de santé et les comportements thérapeutiques de cette population. Il est donc nécessaire de décrire brièvement le contexte national puis, plus longuement, la sous-préfecture de Ouessè et ses habitants.

a) Le Bénin

La république du Bénin est un petit Etat d'Afrique de l'Ouest, situé entièrement dans la zone intertropicale (entre le sixième et le quatorzième degré de latitude nord). C'est un pays chaud (de 26 à 28° C. de moyenne annuelle) et relativement humide (de 900 à 1'400 mm de pluie par an selon les régions). D'une superficie de 122'622 km², le pays s'étend de l'océan Atlantique au fleuve Niger, sur une longueur de 700 kilomètres et une largeur variant de 125 kilomètres, le long de la côte, à 325 km, au nord. Le Bénin est limité au nord par le Burkina Faso et le Niger, au sud par l'océan Atlantique, à l'est par le Nigeria et à l'ouest par le Togo.

Colonie française depuis 1894, le Dahomey – ancien nom du Bénin jusqu'en 1975 – accède à l'indépendance en 1960. De nombreux présidents se succèdent alors à la tête du pays, jusqu'au coup d'Etat militaire de Mathieu Kérékou, en 1972. Ce dernier se rapproche de l'URSS et conduit le pays sur la voie du marxisme-léninisme. Le tournant de la décennie 1980-1990 est marqué par de graves difficultés économiques et par un nouveau contexte politique mondial (chute du Mur de Berlin, aide extérieure de plus en plus liée à la démocratisation). Le pays étant au bord de la banqueroute, le président Kérékou fut contraint, en juin 1989, d'accepter les conditions draconiennes que posaient le F.M.I. et la Banque mondiale pour accorder leur aide. Une Conférence nationale (février 1990) décida de mettre fin au régime de parti unique et d'organiser des élections générales, après avoir doté le pays d'une nouvelle constitution. En mars 1991, le Premier ministre Nicéphore Soglo l'emporta contre le général Kérékou. En 1996, ce dernier reprend démocratiquement le pouvoir en battant N. Soglo aux élections présidentielles.

Siège du Parlement, Porto-Novo est officiellement la capitale du Bénin. Mais la capitale économique est Cotonou, à une trentaine de kilomètres, qui abrite aussi le gouvernement et la plupart des ministères, dont celui de la santé. Près de la moitié des fonctionnaires béninois s'y concentrent. On y trouve aussi les deux tiers des établissements industriels du pays et presque la totalité des importations officielles du Bénin passent par le seul port et aéroport du pays¹.

Démographie

Le Bénin comptait 4,92 millions d'habitants lors du dernier recensement national de la population (février 1992). Avec environ 700'000 habitants en 1992, Cotonou est de loin la plus importante agglomération du Bénin, suivie par celle de Porto-Novo, 180'000 habitants, de Parakou, capitale économique et commerciale du Nord, 100'000 habitants, et d'Abomey/Bohicon, près de 100'000 habitants. La population rurale représente environ 73 % de la population totale.

¹ En 1990, le port de Cotonou a embarqué 124'000 tonnes et débarqué 995'000 tonnes, dont une partie à destination du Niger et du Burkina Faso (ADAM et BOKO, 1993).

De 1990 à 1995, la population du Bénin a crû annuellement de 2,9 % en moyenne¹ (de 3,2 % selon une autre source!), contre 2,7 % pour l'Afrique et 1,5 % pour le monde (LA DÉCOUVERTE, 1997). Près de 47 % de la population béninoise a moins de 15 ans et à peine 3 % 65 ans et plus. Selon le recensement de la population de 1992, le taux brut de natalité est de 47,4 ‰ (41 ‰ pour l'Afrique et 24 ‰ pour le monde pour la période 1990 – 1995 (LA DÉCOUVERTE, 1997) et le taux brut de mortalité est de 15,6 ‰ (respectivement de 14 ‰ et 9 ‰). Le taux de croissance naturelle est donc de respectivement 31,8, 27 et 15 ‰ (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a; LA DÉCOUVERTE, 1997). L'indice synthétique de fécondité pour la période 1990 – 1995 est de 6,3 enfants par femme, contre 5,7 pour l'ensemble de l'Afrique et 3 pour l'ensemble du monde. Pour la même période, l'espérance de vie est estimée à 53,7 ans, contre respectivement 51,8 et 64,3 pour l'Afrique et le monde.

Malgré sa petite taille, le Bénin fait montre d'une grande diversité ethnique et religieuse. On y rencontre en effet une cinquantaine de groupes ethniques, parmi lesquels les *Fon* (42,5 % de la population du Bénin selon le recensement de 1992, y compris les groupes ethniques apparentés comme les *Mahi*), les *Adja* et apparentés (15,7 %), les *Yoruba* (12,2 %, y compris les groupes apparentés comme les *Nagot*), les *Baatonou* (ou *Bariba* et apparentés, 8,7 %), les *Otamari* et apparentés (6,3 %), les *Peul* (6,2 %) et les *Dendi* et apparentés (2,7 %). Le français est la langue officielle.

En 1994, plus de 130 églises ou mouvements religieux étaient officiellement enregistrés auprès du Ministère de l'Intérieur, dont de nombreuses églises évangéliques, souvent d'origine locale. On distingue trois grands groupes de confessions:

- la religion traditionnelle, que de nombreux adaptes appellent “fétichisme” en français (culte du *vodun*, c'est-à-dire des dieux, des ancêtres divinisés, des puissances invisibles ou des forces de la nature telles que la terre, la mer ou la foudre, que les hommes essaient de se concilier, individuellement ou collectivement, pour s'assurer une vie heureuse);
- les églises chrétiennes;
- l'islam sunnite.

Le christianisme y est représenté sous une multitude de formes², comprenant les grandes églises missionnaires originaires du Nord (catholicisme, protestantisme et méthodisme), d'autres églises missionnaires originaires du Nord, surtout des Etats-Unis (Eglise des témoins de Jéhovah, Eglise des adventistes du 7^e jour, diverses églises évangéliques comme l'Assemblée de Dieu, l'Eglise de pentecôte, l'Eglise baptiste...). Ces dernières reprennent souvent certains aspects des cultes traditionnels (chants, danses, trances...). Les églises messianiques sont par contre d'origine africaine, même si certaines d'entre elles ont essaimé parmi les communautés africaines d'Europe ou d'Amérique du Nord. Elles sont issues de la prédication d'hommes ou de femmes reconnus comme prophètes. La plus importante d'entre elles est, au Bénin, l'Eglise du christianisme céleste, fondée en 1947 à Porto-Novo. Par leur nombre, les “chrétiens célestes” constituent aujourd'hui le quatrième groupe religieux du Bénin. Il existe encore quelques mouvements “néo-traditionnels”, comme l'Eglise du Fa, qui revisitent les cultes traditionnels.

Selon le recensement national de la population de 1992, 35 % de la population s'est déclarée adepte de la religion traditionnelle, 26 % catholique, 20,7 % musulmane, 6,4 % sans religion, 6 % adepte d'autres religions chrétiennes, 3,7 % protestante et 1,9 % adepte d'autres

¹ Selon le recensement général de la population et de l'habitat de 1992, le taux d'accroissement est de 2,8 % pour l'ensemble du Bénin, avec de grands écarts selon le département: Borgou et Ouémé 3,8 %, Zou 2,8 % et Atacora 2,2 % seulement, à cause de l'émigration (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994).

² Nous reprenons ici largement la typologie de BOULLOUDANI (1996), s'appuyant sur les travaux de DE LUZE (1991), de DE ROSNY (1992) et de HURBON (1995).

religions (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Mais cette structure religieuse est en pleine mutation, la religion traditionnelle perdant notamment du terrain face aux “autres religions chrétiennes”. Un indice de cette mutation est la grande différence entre la structure religieuse générale et celle des 65 ans et plus. Plus de 55 % de ces derniers sont toujours fidèles à la religion traditionnelle, alors que seuls 15,9 % d'entre eux sont catholiques, 17 % musulmans et 2,5 % adeptes des “autres religions chrétiennes”.

Certaines de ces églises, souvent parmi les plus populaires, accordent une place importante, voire centrale, aux rituels de guérison. Il s'agit souvent, mais pas exclusivement de l'apanage des églises messianiques. Selon DOZON et SINDZINGRE (1986), les mouvements messianiques

se sont donnés pour tâche prioritaire de combattre le fétichisme et la sorcellerie, mais s'impliquent très directement dans cet univers magico-religieux, notamment en se préoccupant de ce qui en est la voie d'accès privilégiée, à savoir la maladie et la thérapeutique. Les prophètes, leurs héritiers ou leurs émules sont donc des personnages ambigus. D'un côté, ils s'inscrivent à l'intérieur de croyances “païennes” occupant une place tout à fait assimilable au guérisseur, devin, contre-sorcier traditionnel, en faisant de la maladie le point d'ancrage des liaisons entre malheur individuel et logique sociale; de l'autre côté, utilisant les références chrétiennes, ces personnages font des malades les coupables ou les victimes consentantes de leurs propres maux et les invitent à devenir membres de la secte ou du culte dont ils ont la charge pour se libérer de leurs croyances ancestrales et se guérir par la même occasion.

Economie

Selon le recensement national de la population de 1992, 42 % de la population est active. L'économie du Bénin est essentiellement agricole. Ce secteur occupe de 54 à 75 % de la population active selon les sources et représente environ 40 % du PIB. Le pays est autosuffisant sur le plan alimentaire, sauf pour les produits de l'élevage. Les principales cultures vivrières¹ sont le maïs, l'igname, le manioc, le palmier à huile, le sorgho, le mil, le haricot et l'arachide. Assez précaire, l'élevage bovin est assuré par les *Peul* (*Fulbé*), sédentaires pour la plupart. Le coton – 56 % des exportations en 1993 – a largement détrôné le palmier à huile comme principale culture de rente. Il procure jusqu'au quart des recettes de l'Etat. Les autres cultures de rente sont nettement moins importants: arachide, tabac, karité, kapok, anacardier...

Les services, le plus souvent informels, constituent le deuxième secteur de l'économie béninoise par le nombre d'employés, mais le premier par le PIB (48 % du PIB en 1993). Le commerce, licite et illicite (contrebande de produits venant du Nigeria pour le marché intérieur et pour la revente dans d'autres Etats de la sous-région), est florissant, quoique soumis aux aléas politico-économiques que connaît le grand voisin. Certains auteurs n'ont pas hésité à parler “d'Etat-entrepôt” à propos du Bénin (IGUE et SOULE, 1992). En 1993, le montant des importations béninoises était presque deux fois plus élevé que celui des exportations (respectivement 649 et 350 millions de dollars). En 1995 et 1996, le déficit commercial s'est réduit, avec 565 millions de dollars d'importations et 410 millions d'exportations (respectivement 544 et 445 millions de dollars en 1996). Ces chiffres ne rendent évidemment pas compte du trafic massif avec le Nigeria, ni de la revente illicite aux pays tiers.

Le secteur secondaire est très peu développé (12 % du PIB et 6 à 8 % de la population active en 1993). Il concerne surtout la transformation de produits agricoles: égrenage du coton, huileries, sucrerie, brasseries, textiles, scieries. Des entreprises artisanales ou semi-industrielles pratiquent la menuiserie, la menuiserie métallique, la maçonnerie...

¹ La distinction entre cultures vivrières et de rente est passablement artificielle: certains agriculteurs plantent par exemple plus de maïs que leur famille ne peut en consommer, dans le but d'en exporter vers le sud (Cotonou, Porto-Novo...) ou vers le nord (Malanville, Niger); d'autres vendent les surplus issus d'une bonne récolte.

De 1989 à 1996, trois programmes de stabilisation des finances publiques et d'ajustement structurel se sont succédés, sous les auspices du F.M.I. et de la Banque mondiale. L'objectif général de ces programmes est d'amorcer une relance économique durable par l'amélioration de l'économie béninoise et de la balance des paiements. Ces programmes ont débouché sur l'abattement de 20 % des salaires des fonctionnaires, le blocage des avancements dans le secteur public, la réduction des bourses universitaires, la poursuite du gel des recrutements dans la fonction publique, des programmes de départs ciblés dans la fonction publique et de départs volontaires à la retraite notamment dans le secteur de la santé, la restructuration, la liquidation ou la privatisation des entreprises publiques et semi-publiques. Ainsi, de 1990 à 1993, le secteur public a perdu près de 7'000 agents¹, alors que le chômage ou le sous-emploi urbains sont estimés à 30 % et que le secteur informel, déjà hypertrophié, ne joue plus le même rôle régulateur que par le passé.

La dévaluation de 50 % du franc CFA², le 12 janvier 1994, sous la pression du FMI, a provoqué une flambée de l'inflation, après des décennies de stabilité monétaire pour les pays de la Zone Franc. L'inflation est ensuite redescendue à 6,7 % en 1996. Cette dévaluation devait stimuler l'activité nationale en augmentant les exportations et en renchérissant les importations, d'où une substitution escomptée au profit des produits nationaux, dont la production serait relancée. Le prix des produits importés s'est effectivement envolé, parfois même au-delà de ce qu'aurait voulu la seule modification du taux de change. Dans une moindre mesure, il en a été de même du prix des produits locaux, puisque les producteurs cherchaient à préserver leur pouvoir d'achat. Les paysans pratiquant une agriculture de rente en complément d'une agriculture de subsistance et ceux produisant des surplus vivriers ne semblent donc pas trop affectés par cette dévaluation, voire même en profiter, dans la mesure où ils consomment peu de produits importés. Il n'en va pas de même des travailleurs qui ne peuvent pas répercuter plus loin l'augmentation des prix. C'est le cas notamment dans le secteur formel, où les salaires n'ont que très partiellement été réadaptés. Par exemple, les fonctionnaires urbains, dont les habitudes de consommation font assez largement appel aux produits importés, ont été frappés de plein fouet par la dévaluation. Au moins certaines catégories de la population ont donc vu leur pouvoir d'achat réduit par la dévaluation, ce qui ne saurait rester sans conséquences sur les choix thérapeutiques et la consommation médicale.

Le réseau routier compte 8'600 kilomètres, dont environ 1'400 kilomètres bitumés. En 1990, le parc automobile national ne comptait que 64'000 véhicules. Après la fermeture de la courte ligne côtière, le réseau ferroviaire se limite à une seule ligne de 438 kilomètres reliant Cotonou à Parakou (ADAM et BOKO, 1993).

Les grandes régions naturelles

Le Bénin comprend cinq grandes régions naturelles (ADAM, 1993):

- la région méridionale;
- le Moyen-Bénin;
- le Pays Borgou;
- la région de l'Atacora;
- le bassin du Niger.

¹ Précisons tout de même qu'entre 1980 et 1986 le nombre de fonctionnaires était passé de 20'000 à 46'000 (UNICEF, 1991).

² Dorénavant, 1 FF vaut 100F CFA contre 50 FCFA auparavant, soit, pour 1 FS, environ 400 FCFA contre 200 FCFA auparavant.

La région méridionale occupe tout le sud du pays, de la côte à Setto, entre Abomey et Dassa Zoumé (7° 30' de latitude nord). Elle correspond essentiellement au bassin sédimentaire côtier, affecté par un climat subéquatorial à quatre saisons, avec une pluviosité décroissante d'est en ouest (de 1'400 à 950 mm sur la côte). C'est de loin la région la plus peuplée du Bénin, puisqu'elle rassemble près des deux tiers de la population sur un septième de la superficie totale du pays.

Le Moyen-Bénin s'étend de la latitude de Setto à celle de Tchaourou, juste au nord de la frontière entre les départements du Zou et du Borgou. Elle inclut donc l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, dont la frontière septentrionale n'est qu'à une douzaine de kilomètres de Tchaourou. Sur le plan physique, il s'agit d'une région assez homogène couvrant une pénéplaine modelée sur du matériel précambrien, dominée par quelques collines rocheuses d'une altitude moyenne de 300 mètres. Avec un climat de type subsoudanien, cette région sert de zone de transition entre le climat subéquatorial à quatre saisons (une longue saison sèche, une longue saison des pluies, une petite saison sèche et une petite saison des pluies) et le climat soudanien humide à saisons contrastées (une saison sèche de novembre à avril et une saison des pluies d'avril ou mai à octobre). La température moyenne annuelle est de 26° C. dans la sous-préfecture de Ouessè (25° C. pour l'ensemble du Bénin), avec un maximum en mars (28,9° C.) et un minimum août (24,7° C; AKPASSONOU et HOINDO, 1994). L'amplitude thermique y est donc peu marquée. L'humidité moyenne est de 88 %. La pluviométrie annuelle (moyenne de 1965 à 1987) est de 960 mm à Ouessè et de 1'134 mm à Toui¹. A Ouessè, août et septembre sont les mois les plus pluvieux. Environ neuf dixièmes des pluies tombent entre avril et octobre. L'influence de l'harmattan² s'y fait sentir de décembre à février, y apportant brumes sèches (fines particules de poussière), fraîcheur et sécheresse (YEKPE, 1992). Les sols ferrugineux lessivés et les sols colluviaux portent une savane arborée, largement défrichée pour les besoins de l'agriculture.

Sur le plan humain, cette région abrite des résidus d'anciens royaumes, *yoruba* essentiellement. C'est une zone de contact entre les premiers migrants *yoruba* anciennement installés dans la région et les *Mahi* ayant fui d'Agonli, à l'est d'Abomey, pour venir s'installer au 18^e siècle dans la région de Savalou, puis de Ouessè. Le Moyen-Bénin est peu peuplé (densité de l'ordre de 20 habitants au km²), ce qui serait la conséquence des ravages des rois d'Abomey durant la traite esclavagiste.

L'industrialisation du Moyen-Bénin est très modeste. Elle ne concerne que les principaux chefs-lieux de sous-préfectures et reste inexistante dans la sous-préfecture de Ouessè. Le commerce avec le Togo et surtout le Nigeria était très florissant. Mais il a subi ces dernières années les contrecoups des troubles politico-économiques au Nigeria, notamment dans le secteur pétrolier, et de la dévaluation du FCFA en janvier 1994³.

Le pays Borgou couvre l'ancien grand royaume *baatonou* édifié autour de Nikki, au nord-est du Bénin. Il prolonge le Moyen-Bénin au nord-est et abrite la principale ville du Nord-Bénin: Parakou. Peuplée essentiellement de *Baatonou* (*Bariba*) et, dans une bien moindre mesure, de *Nagot*, cette dernière constitue un pôle économique majeur pour la sous-préfecture de Ouessè, surtout pour l'est *nagot*, à moins de 100 kilomètres.

La région de l'Atacora correspond en gros au département du même nom. Située au nord-ouest du Bénin, elle s'articule autour de l'Atocora, seule véritable chaîne de montagnes du Bénin, dominant une pénéplaine précambrienne à l'est et une plaine à l'ouest. C'est un pays

¹ Mais les variations annuelles peuvent être importantes. Pour la période de 1968 à 1989, le minimum est de 597 mm en 1983 et le maximum de 1'397 en 1968. En moyenne, il pleut 68 jours par an.

² Ce vent est associé à l'augmentation des cas de maladies respiratoires et de méningite (OKE, 1993).

³ 1 FF valait 50 FCFA avant la dévaluation de janvier 1994 et 100 FCFA après. 1 FS valent donc environ respectivement 200 et 400 FCFA.

compartimenté et accidenté, qui abrite un peuplement très ancien d'une mosaïque d'ethnies presque sans échanges culturels entre elles, attirés par le surcroît de pluviométrie dû au relief. Bien que la densité moyenne de population y soit une des plus faibles du Bénin, avec d'immenses secteurs non habités (parc national de la Pendjari, réserves cynégétiques), la densité peut localement être élevée. De plus, dans la chaîne même, les sols colluviaux des bas de pente et les sols des sommets de plateaux sont assez pauvres, souvent caillouteux et parfois cuirassés, les champs sont de petite taille et ne suffisent pas à nourrir leurs exploitants. La chaîne atacorienne alimente donc un fort courant migratoire vers le piémont oriental, le Borgou et le Moyen-Bénin, dont la sous-préfecture de Ouessè.

La cinquième grande région naturelle occupe toute la partie béninoise du bassin du Niger, soit le nord-est du pays. La densité de population y est la plus basse du pays, le climat le plus rude. Avec certains secteurs de l'Atacora, il s'agit de la région la plus déshéritée du Bénin, alimentant une forte migration temporaire vers le Nigeria.

Divisions administratives et sanitaires

D'un point de vue administratif, le pays est divisé en six départements:

- trois départements au sud, jouxtant l'océan Atlantique (Ouémé, 877'000 habitants selon le recensement de 1992; Atlantique, 1'066'000 habitants; Mono, 676'000 habitants);
- un département médian, le Zou (820'000 habitants);
- deux départements au nord (le Borgou, 828'000 habitants et l'Atacora, 649'000 habitants).

Les départements sont eux-mêmes subdivisés en sous-préfectures ou en circonscriptions urbaines lorsqu'il existe une grande agglomération (68 sous-préfectures et 9 circonscriptions urbaines en 1994 pour l'ensemble du Bénin), à leur tour subdivisées en communes rurales et urbaines (517 au total), qui rassemblent chacune quelques villages ou quartiers de ville officiels (respectivement 2'367 et 1'011 au total). Même en milieu rural, un bourg peut être constitué de plusieurs villages officiels. L'habitat est le plus souvent groupé, ce qui n'empêche pas que des petits villages, hameaux et fermes isolées dépendent souvent des villages officiels.

Si la population de chaque département est plus ou moins similaire, il n'en va pas de même de leur superficie, qui s'accroît fortement du sud vers le nord. Ainsi, les trois départements côtiers sont petits (de 3'200 à 4'700 km²), le département du Zou est de taille moyenne (18'700 km²) et l'Atacora et le Borgou très grands (respectivement 31'200 et 51'000 km²). La densité de population par département s'en ressent fortement: elle décroît rapidement du sud au nord et aux régions surpeuplées du Sud répondent des zones presque inhabitées au Nord. Pour une densité nationale de 43,6 habitants au km² en 1992, elle est de 331 habitants au km² pour le département de l'Atlantique, de 186 habitants au km² pour l'Ouémé, de 178 habitants au km² pour le Mono, de 44 habitants au km² pour le Zou, de 21 habitants au km² pour l'Atacora et de 16 habitants au km² pour le Borgou. Le trois départements les plus méridionaux concentrent donc plus de la moitié de la population sur un dixième du territoire. A l'échelle des sous-préfectures et des communes nous retrouvons le même phénomène, puisqu'elles ont souvent des populations de taille similaire; si bien que certaines sous-préfectures du Nord, très peu densément peuplées, sont plus grandes qu'un département du Sud.

L'organisation sanitaire du pays est calquée sur le découpage administratif (cf. partie I, chap. 3b). Ainsi, chaque unité administrative dispose qui d'un centre hospitalier départemental (CHD), qui d'un centre de santé de sous-préfecture (CSSP), qui d'un complexe communal de

santé (CCS), selon son niveau hiérarchique. La superposition quasi parfaite¹ de la carte sanitaire et de la carte administrative du pays provoque une double inégalité de couverture sanitaire et d'accessibilité aux soins.

D'une part, au-delà d'une certaine homogénéité, toutes les unités administratives d'un niveau hiérarchique donné n'ont pas le même nombre d'habitants (le rapport entre les extrêmes est d'environ 1 à 4 ou 5 pour les sous-préfectures et plus encore pour les communes). Or toutes reçoivent en principe les mêmes services, avec peu d'adaptation de leur taille et du volume de personnel en fonction de la taille de la population à desservir. Cela est particulièrement vrai pour les CCS, où il n'y a jamais plus d'un infirmier et d'une sage-femme (ou infirmière²). De même, chaque sous-préfecture n'est desservie que par un seul médecin, qu'elle compte 25'000 ou 80'000 habitants³. A priori, mieux vaut donc habiter dans une commune et une sous-préfecture peu peuplée. Pour un agent de santé, mieux vaut aussi être en poste dans un service à la clientèle potentielle limitée.

D'autre part, toutes les unités administratives d'un même niveau hiérarchique n'ont pas la même surface. Et les écarts sont encore bien plus importants que pour la population. Comme il n'y a qu'un service par unité administrative, la distance moyenne à parcourir est d'autant plus importante que l'unité administrative est vaste. C'est pourquoi nous avons insisté plus haut sur la taille et la densité de population par département. Mais le principe reste le même pour les niveaux administratifs inférieurs. En définitive, les habitants d'une unité administrative petite et peu peuplée sont mieux lotis, au regard de l'accès aux soins de santé publics, que ceux d'une vaste unité très peuplée. Or les grandes unités sont localisées dans le Nord et les petites dans le Sud, alors qu'il ne semble pas y avoir de distribution particulière des unités administratives en fonction de leur population. Par sa population, la sous-préfecture de Ouessè que nous étudierons en détail, est de taille moyenne; alors que par sa superficie, elle se range déjà parmi les grandes sous-préfectures (mais de loin pas la plus grande), ce qui correspond bien à sa localisation entre le Moyen et le Nord-Bénin.

Le Bénin: un membre à part entière des pays les moins avancés

Pour clore ce chapitre de présentation générale du Bénin, passons en revue quelques indicateurs économiques, culturels et sanitaires, qui confirment le solide ancrage du Bénin parmi les pays les moins avancés.

Avec un produit national brut par habitant (PNB) de 460 dollars en 1993, le Bénin appartient au groupe des pays les moins avancés (PMA). En 1996, le produit intérieur brut (PIB) se montait à 2,034 milliards de dollars, soit 366 dollars par habitant (mais 1'760 dollars à parité de pouvoir d'achat), ce qui classait le Bénin au 131^e rang mondial sur 175 (LA DÉCOUVERTE, 1997). Entre 1995 et 1996 le PIB global a crû de 5,5 %. Mais la croissance moyenne annuelle des dix dernières années (1985 – 1995) n'est que de 3 %, ce qui implique une croissance réelle nulle, puisque l'accroissement de la population est du même ordre de grandeur.

Le déficit du budget de l'Etat est de 183 millions de dollars en 1997 (recettes de 303 millions de dollars, dépenses de 486 millions de dollars), en augmentation de 35 % par rapport à l'année précédente (LA DÉCOUVERTE, 1997). En 1995, le service de la dette représentait 8,5 %

¹ Quelques infrastructures planifiées ne sont pas encore construites et certains services cumulent les fonctions de deux niveaux hiérarchiques, comme par exemple les CSSP qui fonctionnent aussi comme des CCS pour les habitants de la commune dans laquelle ils sont implantés.

² Nous utiliserons souvent le terme de sage-femme pour désigner l'agent de santé responsable d'une maternité de CCS, en raison de sa fonction qui correspond à celle de sage-femme. Dans les faits, il s'agit souvent d'une infirmière.

³ Certains projets de coopération, dont le PMSBS, paient, parfois avec le soutien du financement communautaire, le salaire d'un médecin-chef adjoint. Mais ce n'est pas forcément dans les sous-préfectures les plus peuplées et il n'est pas rare que le médecin-chef ne soit alors pas remplacé lorsqu'il est muté.

des exportations et, l'année suivante, le Bénin a obtenu une annulation de 67 % de sa dette publique.

En 1993, le budget du Ministère de la santé (dépenses exécutées) s'est monté à 2,886 milliards de FCFA, soit 569 FCFA par habitant et 3,4 % du budget national¹ (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). De 1990 à 1993, le budget de la santé augmente légèrement en valeur absolue, après une forte baisse en 1988 et 1989. Toutefois, le budget de la santé par habitant stagne autour de 560 FCFA pour les années 1991 à 1993², alors que la part du budget national allouée à la santé est en constante régression depuis le maximum de 1987 (8,8 %)³, avec toutefois une très légère reprise en 1993. Bien qu'en régression, les salaires et primes diverses constituaient encore 71 % du budget de la santé en 1992 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993b). En 1992, le budget du Ministère de la santé était ventilé ainsi par niveau: 15 % pour le niveau central, 45 % pour le niveau intermédiaire et 40 % pour le niveau périphérique, soit l'ensemble des CSSP et des CCS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b). Le poids des donateurs étrangers (aide multilatérale et bilatérale) est considérable dans le secteur sanitaire, puisque les montants effectivement dépensés sont égaux ou supérieurs à ceux du Ministère de la santé (2,56 milliards de FCFA en 1990, 4,49 en 1991 et 3,98 en 1992). Les donateurs étrangers interviennent surtout dans la construction, l'équipement des formations sanitaires, l'assistance technique, la formation et le recyclage du personnel, l'approvisionnement en médicaments, vaccins et eau potable. Ils oeuvrent également dans la recherche et la lutte contre certaines maladies: paludisme, diarrhées, tuberculose, lèpre, onchocercose, dracunculose et sida (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993b).

D'après l'indicateur de développement humain du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Bénin se situait en 1993 au 156^e rang sur 173 pays inclus dans le classement (PNUD, 1994). En 1996, la position relative du Bénin s'est améliorée. Son indice de développement humain est alors de 0,368, pour un maximum théorique de 1; ce qui classait le Bénin au 146^e rang sur 175, au même niveau que le Togo et que la Côte d'Ivoire (LA DÉCOUVERTE, 1997). Afin d'apprécier le niveau de cet indice qui associe l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes combiné avec le taux brut de scolarisation, tous niveaux confondus, et le PIB par habitant, précisons que l'indice mondial de développement humain est de 0,764, que celui des pays industrialisés est de 0,911, celui des pays en développement de 0,576, celui de l'Afrique subsaharienne de 0,380 et celui des PMA de 0,336.

Selon les données du PNUD (1994), la majorité des indicateurs sociaux-culturels du Bénin sont inférieurs à ceux observés pour l'ensemble des PMA. Depuis 1985, les taux de scolarisation primaire et secondaire baissent, pour retrouver en 1993 leur niveau de 1980 (PNUD, 1994). De plus, le sex-ratio des écoliers est très déséquilibré (51 filles pour 100 garçons scolarisés dans le primaire et 39 filles pour 100 garçons dans le secondaire). Selon l'UNICEF (1991), le taux brut de scolarisation primaire (6 à 11 ans) était de 59 % en 1989, mais de 42 % pour les filles. Environ 36 % des adultes, dont une majorité de femmes, sont analphabètes selon le PNUD (63 %, dont 51 % pour les hommes et 74 % pour les femmes en 1995, selon LA DÉCOUVERTE, 1997!). D'après cette dernière source, le taux de scolarisation des jeunes de 12 à 17 ans était de presque 22 % en 1991, alors qu'il tombait à 2,4 % pour le troisième degré (nombre d'étudiants universitaires divisé par la population de 20 à 24 ans), en 1993. Selon le PNUD, seule 30 % de la population béninoise a accès aux services de santé (contre 54 % en moyenne pour les PMA),

¹ Cependant, une part importante des dépenses publiques de santé ne sont pas imputées au budget du Ministère de la santé. En 1992, le total des dépenses publiques se montait à 949 FCFA par personne, représentant 5,7 % du budget national. Il faut toutefois relever que de nombreuses dépenses n'émergeant pas au budget du Ministère de la santé ne concernent qu'une minorité de la population béninoise: frais d'hospitalisation des fonctionnaires et des militaires, frais d'évacuation sanitaire, subventions au centre national hospitalier universitaire (CNHU; MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

² Un budget de respectivement 540 et 595 FCFA par habitant avait déjà été atteint en 1978 et en 1979!

³ Mais après avoir régulièrement dépassé les 10 % dans les années 1970 - 1975.

54 % à l'eau potable et 42 % à l'assainissement. De plus, 65 % de la population rurale vivrait en dessous du seuil de pauvreté (PNUD, 1994).

En 1996, le Bénin compte 1 médecin pour environ 14'000 habitants, 1 infirmier ou sage-femme pour 3'200 habitants et 1 lit d'hôpital pour 920 habitants. Cette très faible couverture sanitaire explique en partie que le taux de mortalité maternelle soit estimé à 990 pour 100'000 naissances vivantes (22 pour 100'000 dans les pays industrialisés) et le taux de mortalité infantile à 86 pour 1'000 naissances vivantes (PNUD, 1994). Le taux de mortalité infantile calculé en 1992 à partir du recensement général de la population et de l'habitat est moins optimiste: 105,5 ‰ (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Selon une autre source, le taux de mortalité infantile est à cette date de 120 ‰ (UNICEF *in*: LEVY-BRÜHL, SOUCAT, OSSENI [*et al.*], 1997). Selon une autre source encore, la mortalité infantile sur la période 1990 – 1995 est de 90 ‰ au Bénin, de 94 ‰ pour l'Afrique et de 62 ‰ pour le monde (LA DÉCOUVERTE, 1997).

b) La sous-préfecture de Ouessè

La sous-préfecture de Ouessè est l'une des 15 sous-préfectures et circonscriptions urbaines du département du Zou. Elle est située à l'extrême nord-est du Zou, en contact au nord avec la sous-préfecture de Tchaourou (département du Borgou), au sud, avec la sous-préfecture de Savé (Zou), à l'est au-delà de l'Okpara, avec le Nigeria, et à l'ouest avec les sous-préfectures de Bassila (Atacora) et de Glazoué (Zou; cf. Figure 1). Cette sous-préfecture d'environ 2'500 km² se situe dans le Moyen-Bénin, à la limite du Pays Borgou.

La population

Les caractéristiques démographiques, culturelles et socio-économiques d'une population influencent à la fois son état de santé et, sans doute plus encore, son comportement face à la maladie. Les habitants de la sous-préfecture de Ouessè n'échappent pas à cette règle. Comme l'objectif général de cette thèse consiste à définir les déterminants de l'utilisation des services de santé, au sens large, il est indispensable de détailler les principales caractéristiques de la population étudiée, tout particulièrement celles qui seront testées plus loin comme déterminants potentiels du comportement de recherche de soins. Au-delà d'une caractérisation générale de la population de la sous-préfecture, nous cherchons à mettre en évidence les éventuels clivages entre villages ou entre parties de la sous-préfecture.

A cause d'éventuels facteurs confondants, l'analyse bivariée des déterminants des comportements de recherche de soins peut déboucher sur des conclusions erronées à partir d'une association statistiquement significative entre variable explicative et variable à expliquer. Connaître la structure par village des variables explicatives testées permet partiellement d'éviter ces erreurs. Il n'est en effet pas rare que deux phénomènes soient significativement associés non pas parce qu'il existe un lien direct entre eux, mais simplement parce que leur répartition spatiale est similaire. Il se peut par exemple que l'ethnie, contrairement aux apparences, ne soit pas un déterminant du comportement de recherche de soins. On peut imaginer que si les membres d'une ethnie recourent plus souvent que ceux d'une autre aux services de santé c'est uniquement parce qu'elle bénéficie d'une meilleure couverture sanitaire.

A priori, certaines caractéristiques comme la structure par sexe et âge de la population ne devrait guère différer d'un village à l'autre; alors que d'autres, comme l'appartenance ethnique ou religieuse devraient présenter une géographie bien particulière. Les données du recensement national de la population de février 1992 permettront de caractériser la population de la sous-

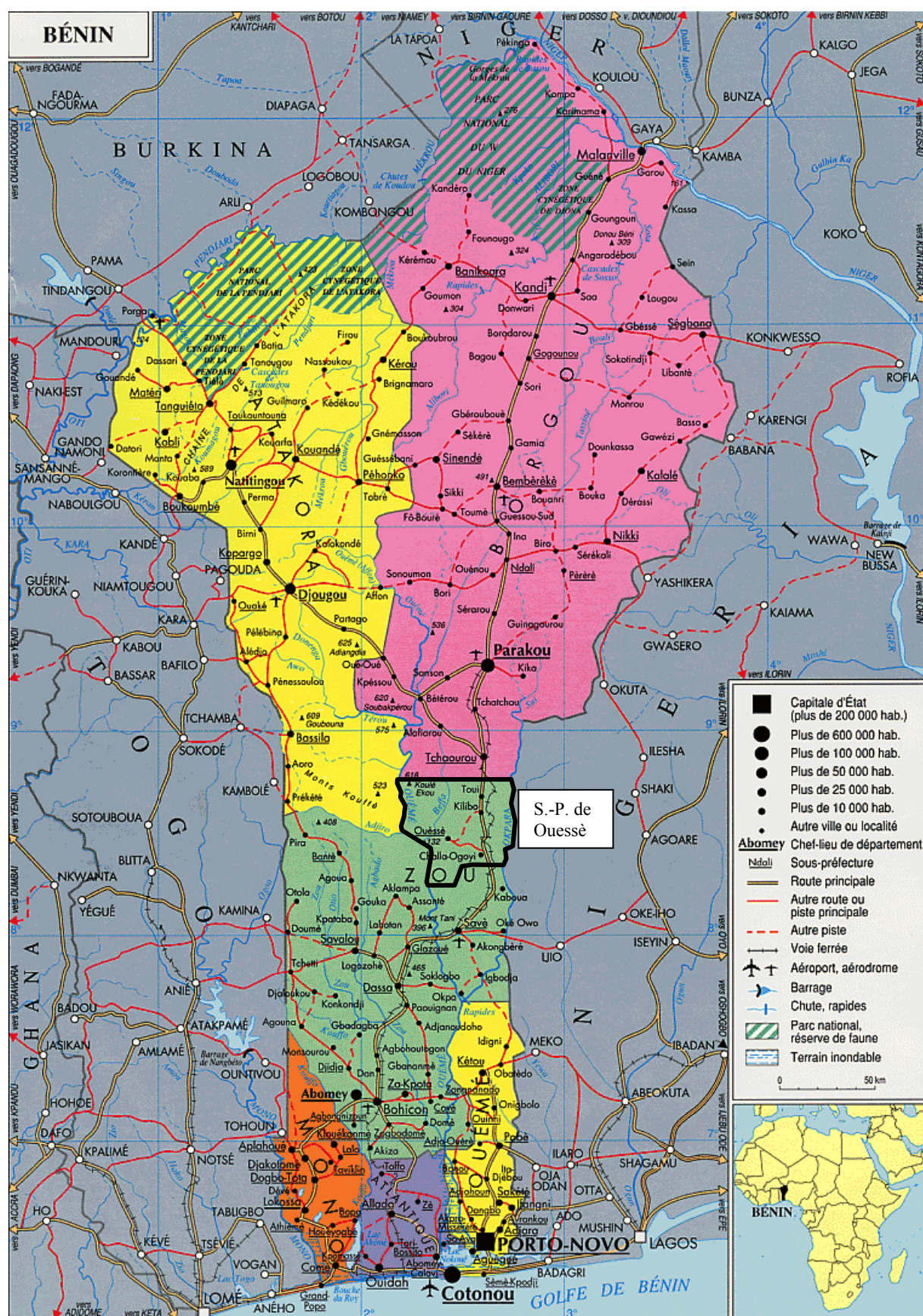


Figure 1

Carte du Bénin et localisation de la sous-préfecture de Ouessè (source: Division Géographique du Ministère des Affaires Etrangères (France)).

préfecture de Ouessè. Réactualisé à raison d'une augmentation de 3 % par an selon l'usage béninois, ce recensement nous fournira aussi les dénominateurs dont nous aurons besoin tout au long de cette thèse.

Cette géographie de la population prend tout son sens dès que l'on cherche à utiliser les déterminants identifiés du recours aux soins pour "prédire" le comportement de la population face à la maladie. En effet, connaître les groupes de personnes qui, de par leurs caractéristiques, risquent de sous-utiliser les services de santé, tout particulièrement des services formels, est indispensable pour une action correctrice ciblée. Mais il convient de ne pas oublier que ces groupes peuvent aussi avoir une localisation particulière, du fait d'une inégale distribution dans l'espace des caractéristiques culturelles, démographiques et socio-économiques. En plus des groupes à risque, il est donc souvent possible – et utile – d'individualiser des zones à risque (FASSIN et JEANNÉE, 1989; PICHERAL, 1989). Le cas échéant, il est alors plus facile d'intervenir, puisque l'ensemble, ou une proportion nettement plus élevée qu'ailleurs, des habitants d'un quartier, d'un village, d'une commune ou d'une région sont considérés comme à risque. La cible est ainsi clairement identifiable. Si, par exemple, nous pouvons établir que, toutes choses égales par ailleurs, les membres d'une ethnie pratiquent plus volontiers un recours extérieur en cas de maladie que ceux d'une autre ethnie, il est nécessaire de connaître la structure ethnique par village pour tirer parti de cette information. Une fois les déterminants du recours (et du non recours!) aux services de santé définis (cf. partie IV, chap. 2), il s'agira donc de revenir plus tard, à la lumière de ce sous-chapitre, sur leur géographie au sein de la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie V, chap. 4b).

Se pose alors la question suivante: faut-il prioritairement identifier les zones rassemblant les plus forts effectifs de population à risque, ou, au contraire, privilégier les zones concentrant les proportions les plus fortes de population à risque? Avec la première option, on privilégie l'efficacité, puisqu'une intervention sur quelques zones permettra de toucher le plus grand nombre absolu de personnes à risque. Avec la seconde option, c'est le principe d'équité qui prédomine: on s'occupe d'abord des zones où le problème est le plus aigu, en termes relatifs, même s'il concerne moins de personnes en valeurs absolues que dans le premier cas de figure. Le principe d'égalité voudrait quant à lui que chaque unité spatiale reçoive la même attention, indépendamment des besoins réels ou exprimés de chacune d'entre elles. Cette dernière option est généralement la plus simple à mettre en oeuvre, ainsi que, souvent, celle qui prête le moins le flanc à la critique, puisque chaque région est logée à la même enseigne. Mais d'un point de vue éthique et économique c'est, à notre avis, la moins défendable.

Reste alors le problème de la concurrence possible entre efficacité et équité. Problème d'autant plus difficile à trancher qu'il se pose en termes différents, selon qu'on l'envisage du point de vue de l'individu ou d'une collectivité. Si, d'une manière générale, l'équité consiste à consacrer plus de ressources à l'individu qui en a plus besoin, toute personne souffrant du même problème de santé est en droit d'attendre les mêmes prestations, quelle que soient par ailleurs les caractéristiques sanitaires de sa région. Si l'équité se situe par contre à un niveau collectif, qui a les besoins les plus élevés? La collectivité où un problème de santé (ici par exemple l'exclusion de l'accès aux soins de santé modernes) touche la moitié de la population, soit 200 personnes, ou celle où ce problème ne frappe que 10 % de la population, soit 400 personnes?

Pour ce dernier exemple, le principe d'efficacité – entendu comme le rapport entre le résultat et l'effort investi – voudrait évidemment qu'une éventuelle intervention se focalise sur la deuxième collectivité. Mais est-ce si sûr? Une action menée dans une collectivité contre un problème dont la prévalence est très élevée aura sans doute un grand écho, puisque tout le monde est, directement ou indirectement, concerné. Il n'est dans ce cas souvent même plus nécessaire de chercher à se focaliser sur les personnes les plus directement touchées, ce qui peut accroître les coûts. Au contraire, dans une collectivité où le problème est assez rare, l'écho dans la

population générale est souvent moindre et l'action doit être très précisément ciblée, ce qui ne va pas sans mal. Il peut donc s'avérer beaucoup plus difficile et coûteux d'atteindre et d'aider efficacement une personne à risque dans une collectivité qui en compte 400, mais où ce problème est rare, que dans une collectivité où le problème est fréquent, même s'il touche en valeur absolue moins de personnes.

Face à ce dilemme, nous avons fait le choix de présenter les caractéristiques de la population de la sous-préfecture en valeurs relatives. Ces dernières font mieux ressortir la structure de la population, à différentes échelles. Pour certains indicateurs, nous avons cependant aussi indiqué le nombre de personnes concernées.

Localisation des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

Selon le recensement national de la population de 1992, la sous-préfecture de Ouessè compte 52'071 habitants. La Figure 2 montre clairement que les villages de la sous-préfecture sont organisés selon deux axes distincts:

- les villages de l'est de la sous-préfecture sont structurés par deux importantes voies de communication nord-sud plus ou moins parallèles, la route goudronnée Cotonou–Parakou–Niamey et la voie ferrée Cotonou–Parakou. Tous les villages officiels de cette partie de la sous-préfecture s'égrainent le long de ces deux axes, ou au plus à 7 kilomètres de la route. Ainsi, tous les villages officiels de l'Est sont compris dans une étroite bande de moins de 10 kilomètres de largeur s'étirant de la frontière avec la sous-préfecture de Savé, au sud, à la frontière avec celle de Tchaourou dans le département du Borgou, au nord;
- les villages de l'ouest de la sous-préfecture sont par contre structurés par une piste est-ouest reliant Attata à Vossa, avec un prolongement vers le nord-est (Idadjo) et vers le sud (Djégbé). Entre le groupe de villages de l'Est et celui de l'Ouest s'étend une vaste zone inhabitée, si l'on excepte quelques fermes isolées, habitées pendant la seule saison agricole pour une part d'entre elles. Cette zone est par contre très largement cultivée.

Comme de plus ces deux axes structurels se superposent largement à un clivage ethnique nettement marqué dans le discours et la pratique populaires¹, nous posons l'hypothèse que la sous-préfecture de Ouessè est composée de deux entités ou régions distinctes, que nous appellerons l'Est et l'Ouest. Nous vérifierons cette hypothèse à la fin de cette partie. La distance séparant les villages les plus proches de ces deux régions est d'une petite vingtaine de kilomètres (18 kilomètres entre Attata et Idouya, et 19 kilomètres entre Ouessè et Kémon). Nous situons la limite entre l'Est et l'Ouest à mi-chemin entre ces villages, ce qui donne deux régions de taille similaire. Nous analyserons donc les données de population à quatre échelles: la sous-préfecture, la région (Est – Ouest), la commune et le village.

La population de la sous-préfecture se répartit également entre l'Est (25'949 habitants ou 49,8 % du total) et l'Ouest (26'122 habitants ou 50,2 %). La population par commune constitue l'une des données fondamentales du système d'information sanitaire béninois. La commune constituant l'aire de desserte officielle des complexes communaux de santé (CCS), services de santé à la base de la pyramide sanitaire nationale, sa population sert de dénominateur pour le calcul des taux d'utilisation des services de santé et ceux de couverture vaccinale. De plus, la charge de travail potentielle de l'unique infirmier et de l'unique sage-femme desservant chaque CCS est directement fonction de la taille de la commune. Seul le nombre d'aides-soignants (ou

¹ Par exemple, les rivalités entre *Mahi* et *Nagot* ont abouti à la scission de l'association oeuvrant pour la promotion et le développement socio-économique et culturel de la sous-préfecture (GBESSEMEHLAN et RUIJNBERG, 1995).

de secouristes) et de matrones chargés de les seconder varie parfois, pas toujours en fonction du volume d'activité du CCS d'ailleurs. Il arrive aussi, dans les très petites communes comme Djegbé et Kémon, qu'une infirmière remplisse à la fois la fonction d'infirmier et de sage-femme.

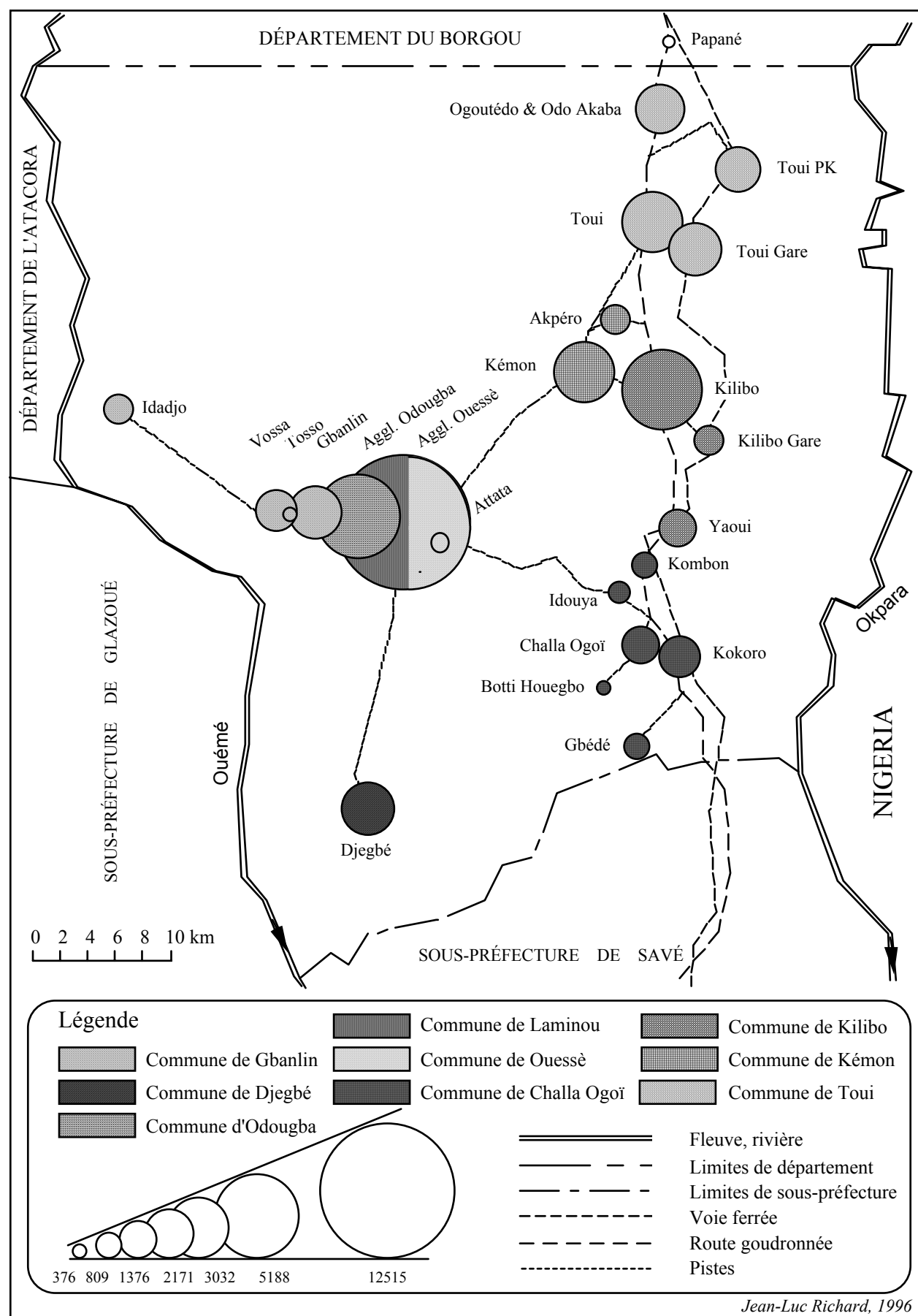


Figure 2

Population de la sous-préfecture de Ouessè en 1992 par village officiel ou agglomération (source: recensement national de la population de février 1992).

Les neuf communes de la sous-préfecture, cinq à l'Ouest et quatre à l'Est, comptent chacune de 2'400 à 9'300 habitants (cf. Tableau 1). Avec plus de 9'300 habitants, la commune de Toui est la plus peuplée, suivie de celle de Laminou (7'700 habitants) et de Kilibo (6'800 habitants; cf. Figure 2 pour la localisation des communes). La commune la moins peuplée est celle de Djegbé, à l'Ouest (moins de 2'400 habitants) précédée de celle de Kémon, à l'Est (plus de 4'000 habitants). Ces deux communes sont les plus récentes de la sous-préfecture. Elles ont été détachées respectivement des communes de Ouessè et de Kilibo¹ vers la fin des années 1980. De même, l'actuelle commune d'Odougba a autrefois été détachée de celle de Gbanlin.

Tableau 1 Population de la sous-préfecture de Ouessè par commune et région (source: recensement national de la population de 1992).

Commune	Population totale		
	N	% de la région	% du total
Gbanlin	5'571	21.3	10.7
Djegbé	2'362	9.0	4.5
Odougba	5'188	19.9	10.0
Laminou	7'698	29.5	14.8
Ouessè	5'303	20.3	10.2
Ouessè+Laminou+Odougba	18'189	69.6	34.9
Ouest sous-préfecture	26'122	100.0	50.2
Challa Ogoï	5'728	22.1	11.0
Kilibo	6'819	26.3	13.1
Kémon	4'070	15.7	7.8
Toui	9'332	36.0	17.9
Est sous-préfecture	25'949	100.0	49.8
Ensemble sous-préfecture	52'071		100.0

Pour la sous-préfecture de Ouessè, une autre entité spatiale particulière est encore pertinente pour appréhender le fonctionnement du système sanitaire à l'échelle régionale: l'aire d'attraction officielle du centre de santé de sous-préfecture (CSSP) de Ouessè pour les soins de base. Elle regroupe trois communes voisines qui ne disposent pas de CCS, en raison de la proximité du CSSP: Ouessè, Laminou et Odougba. En 1992, cette aire d'attraction comptait presque 18'200 habitants, soit 70 % de la population de l'Ouest et 35 % de celle de la sous-préfecture. La majorité de ces personnes habitent dans l'agglomération de Ouessè, de loin la principale localité² de la sous-préfecture avec 12'500 habitants en 1992. Cette agglomération est constitué de quatre des cinq villages officiels de la commune de Ouessè (Ouessè, Adougou,

¹ De la commune de Toui pour le village d'Akpéro, qui constitue la deuxième localité de la nouvelle commune de Kémon.

² Tout au long de cette thèse, nous utiliserons le mot "localité" comme un terme générique désignant soit un village officiel, soit un ensemble de villages officiels regroupés en une agglomération, soit encore les deux en même temps. Ainsi, la localité de Ouessè compte neuf villages officiels, celle d'Odougba cinq, celle de Djegbé trois et celles de Kémon et Kilibo deux chacune. Le terme "agglomération" est strictement réservé aux villages officiels constituant un seul ensemble. Les "villages officiels" sont quant à eux des villages ou ensembles de villages et hameaux disjointes reconnus officiellement comme une entité propre. Chaque village est dirigé par un chef de village, encore souvent appelé "délégué", selon l'ancienne terminologie de l'époque marxiste. Les villages officiels constituent la plus petite unité du découpage administratif du Bénin. A ce titre, ils servent d'unité de base pour les recensements de la population. Il existe encore des hameaux et des villages non officiels, généralement de petite taille, que nous appellerons simplement "villages" ou "hameaux". Selon cette nomenclature, la sous-préfecture de Ouessè compte cinq agglomérations, 23 localités et 39 villages officiels.

Zogba Gaou et Lakoko) et des cinq villages officiels de la commune de Laminou (Laminou, Gbémé, Kpassa, Botti et Attannondoho). Le deuxième pôle de cette aire d'attraction officielle est constitué par les cinq villages officiels de la commune d'Odougba, regroupés en une petite agglomération de 5'200 habitants, 4 kilomètres à l'ouest du CSSP de Ouessè (Odougba, Zogba Trékou, Tchédjannagnon, Dokoundoho et N'gbéhouédo). Le village d'Attata – moins de 500 habitants et cinquième village officiel de la commune de Ouessè, à 3 kilomètres à l'est du CSSP – relève aussi de l'aire d'attraction officielle de ce dernier pour les soins de base.

La Figure 2 montre que de vastes zones de la sous-préfecture n'abritent aucun village officiel. C'est notamment le cas du gros quart nord-ouest de la sous-préfecture, de toute la zone frontalière entre l'Okpara et la voie ferrée, essentiellement occupée par la forêt classée de Toui-Kilibo, d'une large zone au sud-ouest, autour de Djegbé, et d'une zone centrale, entre les communes de Ouessè, Challa Ogoï, Kémon et Kilibo. Mais absence de villages officiels ne signifie par forcément vide d'hommes. À côté des villages officiels, il existe en effet de très nombreux petits villages, hameaux et fermes isolées dispersés de 5 à 10, voire 15 kilomètres autour des villages officiels. Chacun d'entre eux est rattaché à un village officiel, dont le chef de la terre a accordé aux colons le droit d'établissement et d'exploitation (mais pas le droit de propriété¹). De nombreuses fermes ne sont occupées que pendant la saison agricole, par des autochtones cherchant à se rapprocher de leurs champs. Ils s'y rendent en famille pour quelques jours, parfois quelques semaines d'affilée, puis rentrent au village pour deux ou trois jours, avant de retourner à la ferme. À Ouessè et environ, le retour s'effectue surtout le mercredi soir, afin de pouvoir fréquenter le marché le jeudi et, pour les musulmans, la mosquée le vendredi. Certains chrétiens restent au village jusqu'au dimanche. Les fermes habitées à l'année, ainsi que les hameaux et petits villages non officiels, sont presque exclusivement peuplés d'allochtones, migrants agricoles d'installation souvent récente venant du département de l'Atacora et, dans une moindre mesure, du Sud du pays. Il convient encore de signaler les "campements"² des *Peul* sédentaires, souvent localisés à peu de distance des villages officiels, ainsi que le passage saisonnier, mais irrégulier quant à son ampleur et à sa localisation, de *Peul* transhumants, avec leurs troupeaux. Les *Peul*, même sédentarisés, restent largement hors des localités, si ce n'est pour y fréquenter épisodiquement les marchés.

Lors des recensements de la population, toutes les personnes résidant hors d'un village officiel sont comptées avec la population de leur village officiel de rattachement. Il est donc impossible de connaître précisément le volume et les caractéristiques des personnes vivant dans les parties centrales des villages officiels, de même que de celles résidant à l'extérieur. La proportion des habitants d'un village officiel vivant dans le village centre est très variable d'un village à l'autre. La grande majorité de la population habite dans le village centre, mais il existe quelques villages non officiels de taille respectable. Faute de mieux, nous avons toujours considéré que toute la population d'un village officiel est concentrée dans le village central.

Enumérons les principales implantations humaines habitées à l'année, hors des villages officiels, en allant du nord-ouest de la sous-préfecture au nord-est, dans le sens contraire des aiguilles d'une montre (source pour l'estimation de la taille de la population, sauf si mention contraire: prérecensement de la population de 1990):

- Asraou, à 13 kilomètres au nord d'Idadjo (environ 120 habitants);

¹ Akpassonou et Hoindo (1994) relèvent la souplesse du régime foncier dans la sous-préfecture de Ouessè, qui laisse libre accès aux terres.

² Ils sont appelés *gbaffo* en *mahi* et *gah* en *nagot*, si bien que l'on parle du *gbaffo* de Kpassa ou du *gah* d'Akpéro, du nom de leur village officiel de rattachement. Comme dans notre enquête domiciliaire nous avons plus particulièrement étudié le *gbaffo* de Kpassa, nous le désignerons souvent sous le nom propre de Gbaffo.

- Wokpa, village *fon* fondé par des colons de Tindji près de Bohicon, à 5 kilomètres au sud de Vossa, dont nous avons pu estimer la population à 500 habitants;
- Trois hameaux sur la Beffa, au nord-ouest de Gbanlin (environ 250 habitants);
- Sagoudji, hameau fondé par des habitants de la région de Tanguiéta, dans l'Atacora, à 2 kilomètres au sud-ouest de Gbanlin (une centaine d'habitants);
- Nombreuses fermes à 10-12 kilomètres au nord-nord-ouest de Laminou, de part et d'autre de la Beffa (environ 140 habitants);
- Trois hameaux à une quinzaine de kilomètres au sud-sud-ouest de Laminou (environ 120 habitants);
- Nombreux hameaux et fermes sur la Liga, à mi-chemin entre Ouessè et Djegbé (près de 400 habitants);
- Nombreux hameaux et fermes (Tadedji, Afossogbe, Vodjé...), entre 6 et 9 kilomètres au nord de Djegbé, le long de la route conduisant à Ouessè (environ 270 habitants);
- Hameau de Sokpohounta, campement *peul* et trois fermes au sud de Djegbé (environ 150 habitants);
- Ferme *adja*¹, au nord-est de Kokoro (environ 180 habitants);
- Quatre campements *peul* à l'est-sud-est d'Agboro Kombon (environ 280 habitants).
- Nombreuses fermes de part et d'autre de la route menant de Kémon à Ouessè, jusqu'à la rivière Kilibo (environ 180 habitants, majoritairement originaires de la région de Tanguiéta, mais aussi des *Nagot* de Kémon dans les fermes les plus proches de Kémon);
- Trois campements *peul* au nord de Kémon (environ 180 habitants);
- Campements *peul* près d'Akpéro (environ 190 habitants);
- Ekpa, sur la route goudronnée, au niveau d'Akpéro (environ 140 habitants);
- Ilou-Toro, 20 kilomètres à l'est de Kilibo, sur l'Okpara (environ 150 habitants);
- Kaké et environs, au bord de la route goudronnée, entre Toui et Ogoutédo, (environ 320 habitants);
- Toui VAP (village agricole pilote) et Sokoroko, près de Toui PK² (environ 600 habitants);
- Ayétoro, à 11 kilomètres à l'est de Toui PK sur l'Okpara (environ 560 habitants³, fondé en 1984 par des colons de l'Atacora, mais quelques fermes *nagot* existaient déjà dans le secteur);
- Odo Akaba, à 2 kilomètres au nord d'Ogoutédo, dont il dépend, au bord de la route goudronnée (environ 600 habitants);

La plupart de ces hameaux et villages sont très récents (sauf ceux des *Peul*) et en pleine expansion. Ils continuent en effet à recevoir des immigrants et les jeunes adultes y sont surreprésentés, d'où un taux brut de natalité supérieur à la moyenne. Les chiffres du

¹ Du nom d'une ethnie occupant le sud-ouest du Bénin.

² Plusieurs endroits du Bénin se nomment PK, pour "poteau kilométrique". Le long de la voie ferrée Cotonou-Parakou, des poteaux kilométriques indiquent la distance parcourue depuis la gare de Cotonou. Ces panneaux ont souvent donné le nom au lieu. Ainsi, un banlieusard de Cotonou pourra dire: "J'habite à PK 11".

³ Des villageois affirment que selon le recensement de 1992 la population était de 600 habitants, mais que les agents recenseurs étaient partis avant d'avoir visité toutes les fermes isolées et tous les campements *peul*. Ils estimaient donc la population réelle à cette date à 800 personnes. Si cette information devait s'avérer exacte, les mêmes difficultés ont sans doute été rencontrées dans d'autres zones de colonisation agricole de la sous-préfecture, malgré le sérieux travail de préparation du recensement, en 1990. Il en résulterait que la population des colons agricoles et des *Peul* serait sensiblement sous-évaluée, ce qui n'est pas sans incidence sur la couverture sanitaire globale, ce d'autant plus qu'il s'agit des populations les plus marginales, d'un point de vue spatial mais aussi social.

prérecensement de 1990 étaient sans doute largement dépassés en 1994, année sur laquelle porte une grande partie de nos données relatives au niveau d'utilisation des services de santé.

Structure par sexe des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

Selon le recensement national de la population de 1992, les femmes sont légèrement majoritaires dans la sous-préfecture de Ouessè (51,2 % de femmes, soit un sex-ratio de 95,5, cf. Tableau 2). Ce dernier est très proche du sex-ratio national (94,7), mais sensiblement plus équilibré que celui du département du Zou (90,4; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). A titre d'hypothèse, suggérons que cette différence avec la moyenne départementale provient à la fois de la forte immigration que connaît la sous-préfecture, immigration qui serait plus masculine que féminine, et de la faible attractivité qu'exerceraient les deux métropoles côtières sur les habitants de la sous-préfecture, notamment sur les hommes tout particulièrement concernés par les migrations, par rapport à celle s'exerçant sur le Zou-Sud, beaucoup plus proche de la côte. Alors que l'équilibre sexuel est presque parfait à l'Est (environ 13'000 personnes de chaque sexe, pour un sex-ratio de 99,3), l'Ouest compte sensiblement plus de femmes que d'hommes (13'621 contre 12'501, pour un sex-ratio de 91,8, cf. Figure 3). Cette différence découle peut-être de la plus grande immigration vers l'Est que vers l'Ouest, immigration probablement à dominante masculine.

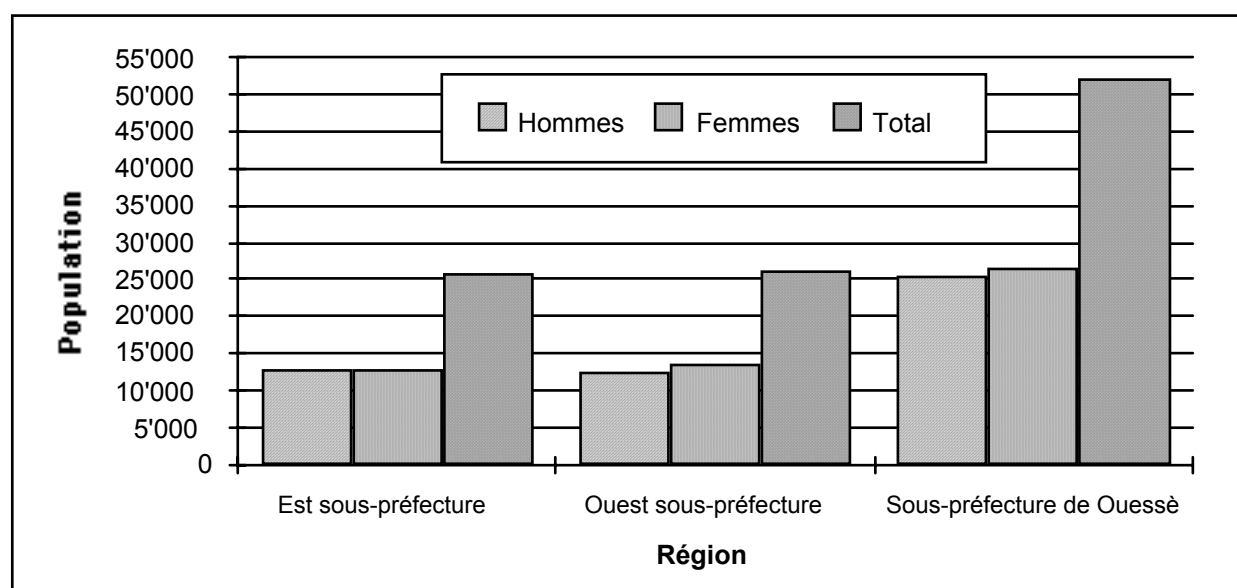


Figure 3 Nombre d'habitants de la sous-préfecture de Ouessè par sexe et région (source: recensement national de la population de 1992).

Seules deux communes – toutes deux à l'Est – comptent plus d'hommes que de femmes (Challa Ogoï avec un sex-ratio de 104,9 et Toui avec un sex-ratio de 101). A l'inverse, certaines communes de l'Ouest enregistrent nettement plus de femmes que d'hommes (Djegbé avec un sex-ratio de 82, Laminou et Ouessè avec chacun un sex-ratio de 90,8).

A une échelle aussi désagrégée que celle des villages, les écarts entre les sex-ratios se creusent fortement. Les trois villages officiels constituant la petite agglomération de Djegbé se caractérisent par des sex-ratios très bas, de 78 à 84, alors qu'à l'autre extrémité, il est de 121 à Gbédé. Seul un village de l'Ouest sur 22 enregistre un sex-ratio supérieur à 100 (Gbanlin, 108), alors que c'est le cas de 10 villages de l'Est sur 17. Le sex-ratio globalement plus élevé à l'Ouest qu'à l'Est résulte donc largement d'une tendance générale.

Tableau 2 Structure de la population de la sous-préfecture de Ouessè par sexe, commune et région (source: recensement national de la population de 1992).

Commune	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Gbanlin	2'753	49.4	2'818	50.6	5'571	100.0
Djégbé	1'064	45.0	1'298	55.0	2'362	100.0
Odougba	2'497	48.1	2'691	51.9	5'188	100.0
Laminou	3'663	47.6	4'035	52.4	7'698	100.0
Ouessè	2'524	47.6	2'779	52.4	5'303	100.0
Challa Ogoï	2'933	51.2	2'795	48.8	5'728	100.0
Kilibo	3'308	48.5	3'511	51.5	6'819	100.0
Kémon	1'999	49.1	2'071	50.9	4'070	100.0
Toui	4'689	50.2	4'643	49.8	9'332	100.0
Ouessè+Laminou+Odougba	8'684	47.7	9'505	52.3	18'189	100.0
Est sous-préfecture	12'929	49.8	13'020	50.2	25'949	100.0
Ouest sous-préfecture	12'501	47.9	13'621	52.1	26'122	100.0
Sous-préfecture de Ouessè	25'430	48.8	26'641	51.2	52'071	100.0

Structure par âge des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

La sous-préfecture de Ouessè comptait en 1992 environ 26'000 enfants de moins de 15 ans et autant d'adultes (cf. Figure 4). Il s'agit donc d'une population très jeune, à l'image de celle du Bénin (48,6 % d'enfants; cf. Figure 5) et du département du Zou (48,5 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). A l'Est, les enfants (48,8 %) sont un peu moins nombreux que les adultes, alors que c'est le contraire à l'Ouest (51,5 % d'enfants). En valeurs absolues, il y a environ 800 enfants de plus et 600 adultes de moins à l'Ouest qu'à l'Est, pour une population totale presque identique. Toutes les communes de l'Est comptent 50 % d'enfants ou un peu moins (d'environ 47,7 % à Kilibo et Challa Ogoï à 50,3 % à Kémon). Pour l'Ouest, on distingue deux groupes de communes:

- les communes de Ouessè et de Laminou constituant l'agglomération de Ouessè où la proportion d'enfants est un peu inférieure à 50 % (environ 49 %, soit comme pour l'Est, en moyenne);
- les trois autres communes, où la population est sensiblement plus jeune (de 52,6 à 54,1 % d'enfants).

En valeurs absolues, ces légères différences se traduisent par des écarts non négligeables. Pour la commune de Gbanlin, par exemple, on compte environ 3'000 enfants et 2'500 adultes. A l'inverse, la commune de Kilibo, à l'Est, compte environ 3'250 enfants pour 3'600 adultes. Cela n'est pas indifférent pour la charge de travail potentielle des dispensaires, lorsque l'on sait que les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux, sont plus souvent malades que les adultes et que, comme nous le verrons, ils utilisent plus souvent qu'eux les services de santé (cf. partie III, chap. 2).

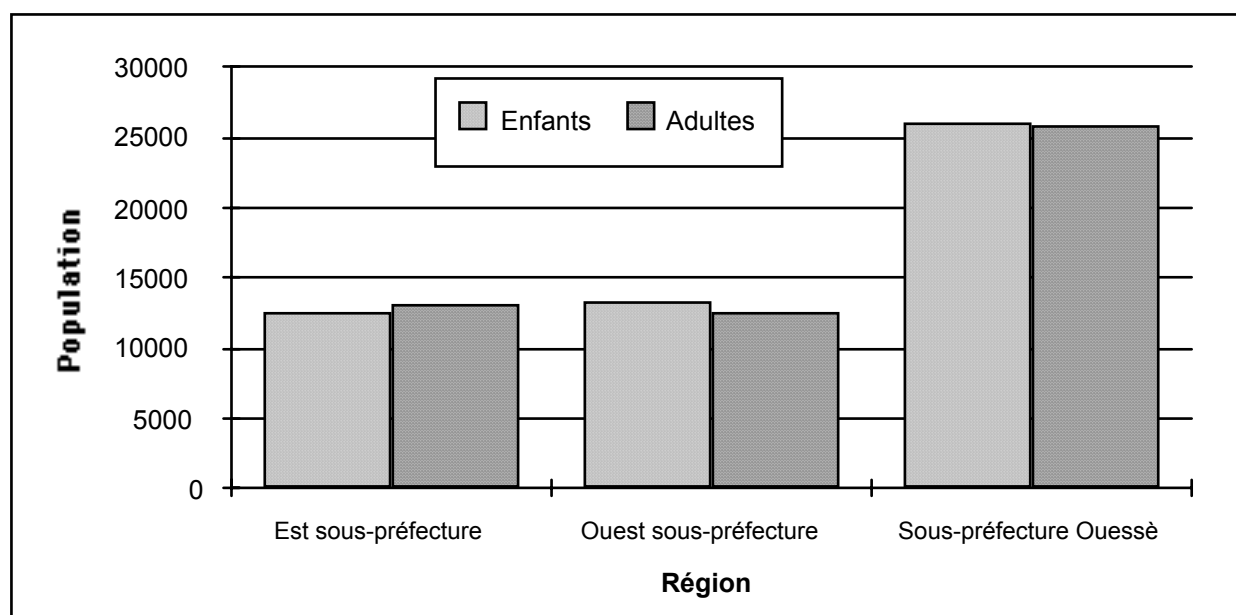


Figure 4 Nombre d'enfants (moins de 15 ans) et d'adultes de la sous-préfecture de Ouessè par région (source: recensement national de la population de 1992).

Le détail par village de la proportion d'enfants dans la population totale confirme que l'Ouest abrite en moyenne plus d'enfants que l'Est et qu'il s'agit d'une tendance générale, sauf pour la commune de Ouessè. En effet, l'Ouest renferme les 12 villages officiels de la sous-préfecture (sur 39), ayant la proportion la plus élevée d'enfants (de 55,6 % à 51,9 %). Cependant, les villages de l'agglomération de Ouessè ont tantôt beaucoup, tantôt moyennement, tantôt peu d'enfants. Tous les villages de l'Est ont moins de 52 % d'enfants. La plupart des villages de la commune de Challa Ogoï, au sud-est de la sous-préfecture, sont en queue de classement; Idouya fermant la marche avec seulement 44,8 % d'enfants. La Figure 6, montrant par localité le nombre d'enfants pour 100 adultes confirme cette opposition générale est-ouest.

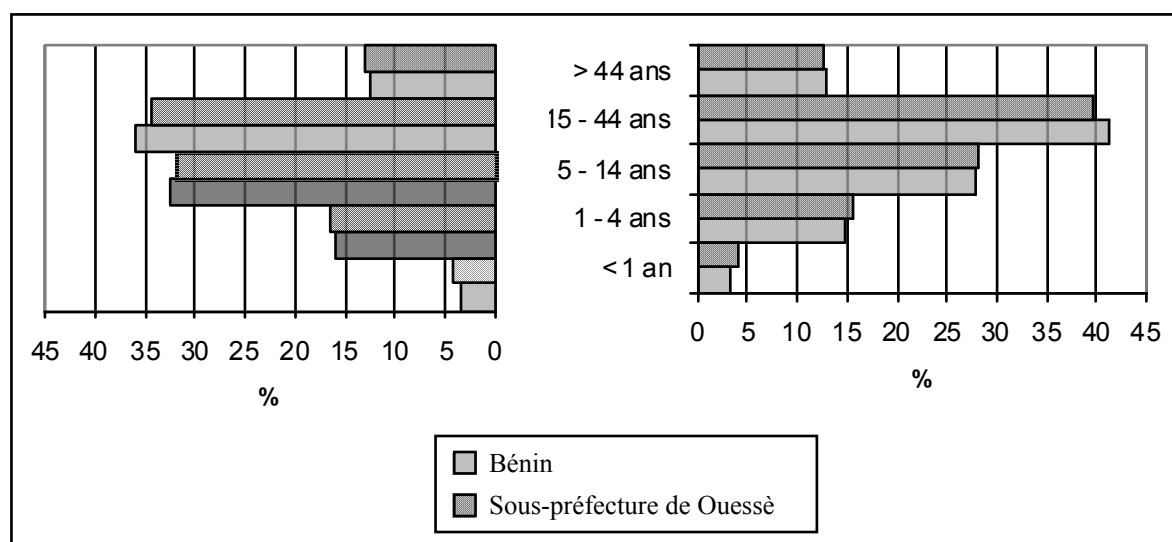


Figure 5 Pyramides des âges comparées de la sous-préfecture de Ouessè et du Bénin (source: recensement national de la population de 1992).

Ces variations de la proportion d'enfants pourraient avoir une double influence, en sens contraire, sur l'utilisation des services de santé. D'une part, les besoins en soins de santé sont

plus

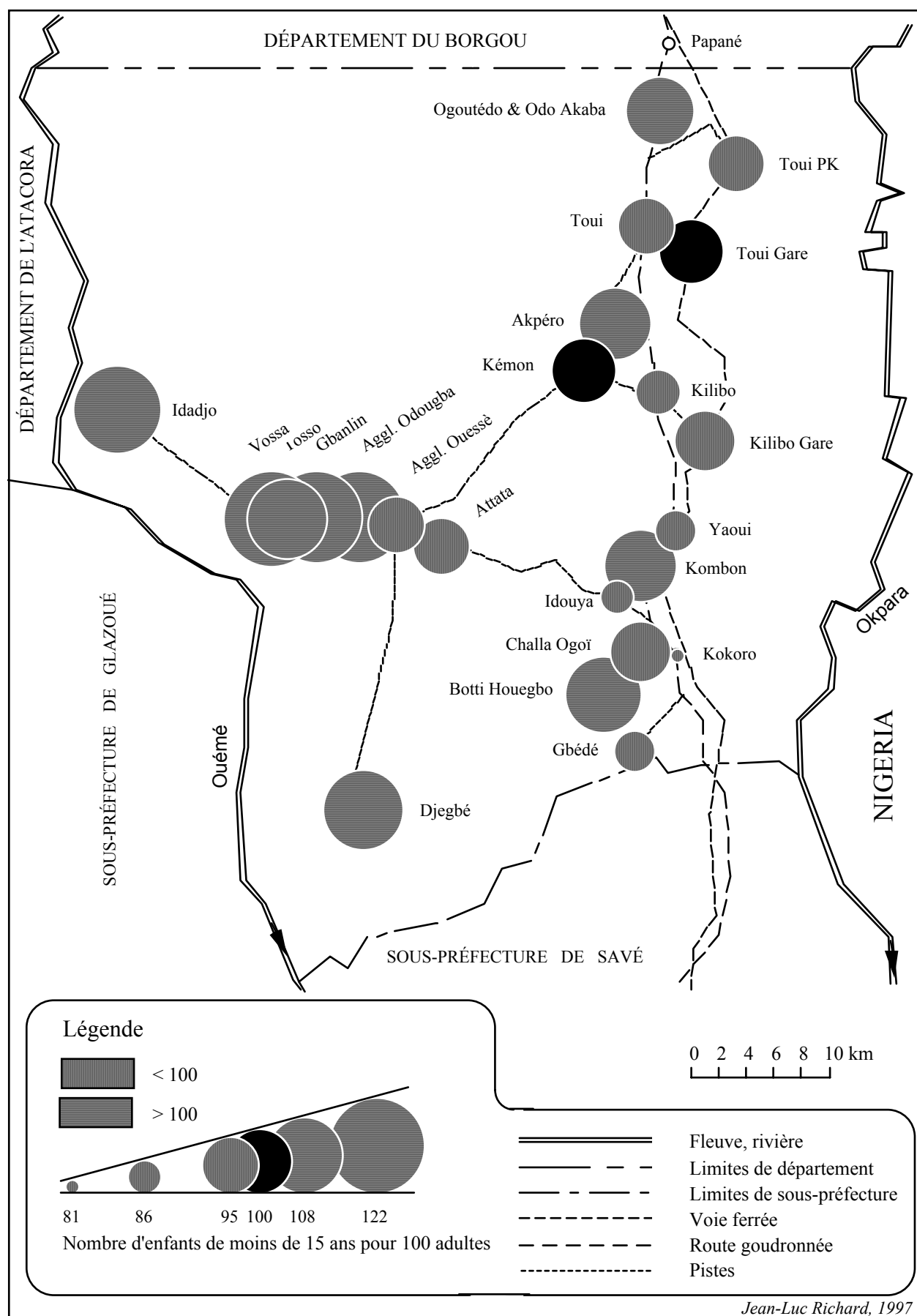


Figure 6

Nombre d'enfants pour 100 adultes par village officiel ou agglomération de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de 1992).

élevés là où il y a beaucoup d'enfants, surtout s'il s'agit de jeunes enfants. D'autre part, une proportion élevée d'enfants pourrait constituer une barrière à l'accès au soins, dans la mesure où le niveau économique des ménages risque d'être plus bas (nombre d'inactifs plus élevé par actif) et que le temps disponible pour s'occuper de chaque enfant est plus limité.

Toujours selon le recensement de 1992, la sous-préfecture comptait environ 2'200 enfants de moins d'un an (4 % du total de la population), 8'300 enfants de 1 à 4 ans (16 %), 15'600 enfants de 5 à 15 ans (30 %), 19'300 jeunes adultes de 15 à 44 ans (37 %) et 6'600 adultes de plus de 44 ans (13 %; cf. Tableau 3). La structure par âge des habitants de la sous-préfecture de Ouessè est très proche à la fois de celle de l'ensemble du Bénin et du département du Zou. La sous-préfecture compte cependant légèrement plus d'enfants de moins de 5 ans que le Bénin et le Zou, et un peu moins de personnes âgées que le Zou. La population à risque d'un point de vue sanitaire est constituée par les enfants de moins d'un an et par les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans), soit un quart de la population. Dans une moindre mesure, les enfants de 1 à 4 ans et les personnes âgées sont aussi à risque, soit presque 30 autres pour cent de la population. Ainsi, plus de la moitié de la population est à risque, de par son appartenance à une catégorie d'âge et de sexe particulière.

La structure par âge et la taille des cinq catégories d'âge (moins d'un an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 44 ans, 45 ans et plus) des deux moitiés de la sous-préfecture sont très proches (cf. Tableau 3). Seule la proportion d'enfants de 5 à 14 diffère sensiblement entre les deux régions (31,6 % à l'Ouest contre 28,4 % à l'Est, soit une différence de 900 enfants). Les variations de la structure par âge à l'échelle des communes restent modérées. La commune de Toui se caractérise toutefois par une proportion un peu plus élevée de jeunes adultes, qui se traduit également par une proportion un peu plus forte de jeunes enfants (1 à 4 ans, cf. Tableau 3). Ces deux catégories sont contrebalancées par une proportion moins élevée d'enfants de 5 à 14 ans et d'adultes de plus de 44 ans. La structure de la population un peu particulière de cette commune résulte peut-être de la proportion plus élevée de jeunes immigrés (environ 53 % des habitants de cette commune sont des immigrés).

Tableau 3 Structure de la population de la sous-préfecture de Ouessè par âge, commune et région (source: recensement national de la population de 1992).

	<1 an		1-4 ans		5-14 ans		15-44ans		> 44 ans		Total	
Commune	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gbanlin	251	4.5	960	17.3	1802	32.4	1995	35.8	557	10.0	5565	100.0
Djégbé	107	4.5	369	15.6	764	32.4	796	33.7	323	13.7	2359	100.0
Odougba	232	4.5	855	16.5	1715	33.1	1807	34.9	573	11.1	5182	100.0
Laminou	279	3.6	1152	15.0	2353	30.6	2887	37.6	1015	13.2	7686	100.0
Ouessè	198	3.7	774	14.6	1612	30.4	1997	37.7	716	13.5	5297	100.0
Challa Ogoï	220	3.9	857	15.0	1654	29.0	2118	37.1	861	15.1	5710	100.0
Kilibo	245	3.6	1053	15.4	1947	28.6	2562	37.6	1010	14.8	6817	100.0
Kémon	198	4.9	634	15.6	1215	29.9	1432	35.2	590	14.5	4069	100.0
Toui	427	4.6	1664	17.9	2529	27.2	3693	39.7	989	10.6	9302	100.0
Ouessè+Lami+Odougba	709	3.9	2781	15.3	5680	31.3	6691	36.8	2304	12.7	18165	100.0
Est sous-préfecture	1090	4.2	4208	16.2	7345	28.4	9805	37.9	3450	13.3	25898	100.0
Ouest sous-préfecture	1067	4.1	4110	15.8	8246	31.6	9482	36.3	3184	12.2	26089	100.0

Sous-préfecture Ouessè	2157 4.1	8318 16.0	15591 30.0	19287 37.1	6634 12.8	51987 100.0

La structure par âge à l'échelle des villages ou des agglomérations connaît par contre des variations importantes. Nous nous contenterons de le montrer pour les populations à risque.

Un cinquième des enfants de la sous-préfecture ont moins de 5 ans. Cette proportion est légèrement plus élevée à l'Est qu'à l'Ouest (20,6 % contre 19,7 %). La Figure 7 indique que les villages du nord-est de la sous-préfecture, à la notable exception de Kilibo, et ceux des communes de Gbanlin (sauf Idadjo) et d'Odougba, à l'ouest de la sous-préfecture, ont une proportion d'enfants de moins de 5 ans plus élevée que la moyenne. A l'inverse, les villages de la commune de Challa Ogoï, au sud-est, l'agglomération de Ouessè et le village voisin d'Attata, les villages d'Idadjo et de Kilibo se situent au-dessous de la moyenne. La proportion la plus élevée est enregistrée à Toui PK et à Vossa (24,1 %), la plus faible à Gbédé et Botti Houegbo (environ 18 %).

Il existe une forte corrélation entre le nombre d'enfants de moins de 5 ans par village et celui des femmes de 15 à 44 ans ($r = 0,99$), de même qu'avec le nombre d'habitants nés hors de la sous-préfecture ($r = 0,85$) et que le nombre d'habitants non *Mahi*, *Nagot* ou *Peul*, soit les trois ethnies d'installation ancienne ($r = 0,70$). Le lien, attendu, entre le nombre de femmes en âge de procréer par village et celui d'enfants de moins de 5 ans est donc extrêmement fort. De plus, le nombre de jeunes enfants par village est positivement lié à la présence d'immigrés, jeunes adultes pour la plupart.

On constate encore que les enfants de moins de 5 ans et les femmes de 15 à 44 ans sont aussi nombreux les uns que les autres dans la sous-préfecture de Ouessè (respectivement 10'475 et 10'560). Comme la corrélation entre ces deux séries de données par village est presque parfaite, il suffit de connaître une population pour avoir une excellente estimation de la taille de l'autre, même à l'échelle des villages. Cette corrélation proche de 1 indique également que les comportements reproductifs sont partout très proches et que les variations intervillageoises des taux bruts de natalité sont presque exclusivement dues aux variations de la proportion des femmes en âge de procréer.

Avant de revenir plus en détail sur ces dernières, qui constituent un groupe à risque en fonction de leur âge et de leur sexe, étudions encore une population à risque du fait de son seul âge: l'ensemble des personnes de 44 ans et plus. Une partie de ces personnes peuvent paraître bien jeunes pour être rangées parmi les adultes âgés. Mais il ne faut pas oublier que l'espérance de vie à la naissance est de 53,7 ans au Bénin pour la période 1990 – 1995 (LA DÉCOUVERTE, 1997), que les grossesses répétées, les durs travaux champêtres et le climat usent prématurément la population. De plus, nous ne souhaitons pas distinguer trop de catégories d'âge, pour ne pas trop limiter les effectifs de chacune d'entre elles. L'âge de 44 ans est communément retenu au Bénin comme la limite supérieure de la période de fertilité des femmes.

Les personnes âgées de 45 ans et plus constituent un quart du total des adultes. Elles se répartissent presque également entre l'Est et l'Ouest (respectivement 52 et 48 %; cf. Tableau 4), soit à peine 300 personnes de plus pour l'Est. Les personnes âgées sont aussi un peu plus nombreuses à l'Est qu'à l'Ouest, si on les rapporte à la population totale ou à l'ensemble des adultes. Alors que le sex-ratio pour les jeunes adultes de la sous-préfecture est très déséquilibré (83), il est presque équilibré pour les adultes âgés (98), avec un écart sensible entre l'Est (102) et l'Ouest (94). Contrairement à ce que l'on observe dans les pays industrialisés, l'augmentation de l'âge tend donc rapprocher la proportion d'hommes et de femmes dans la sous-préfecture de Ouessè. La surmortalité des femmes en couches et les phénomènes migratoires y jouent sans doute un rôle déterminant.

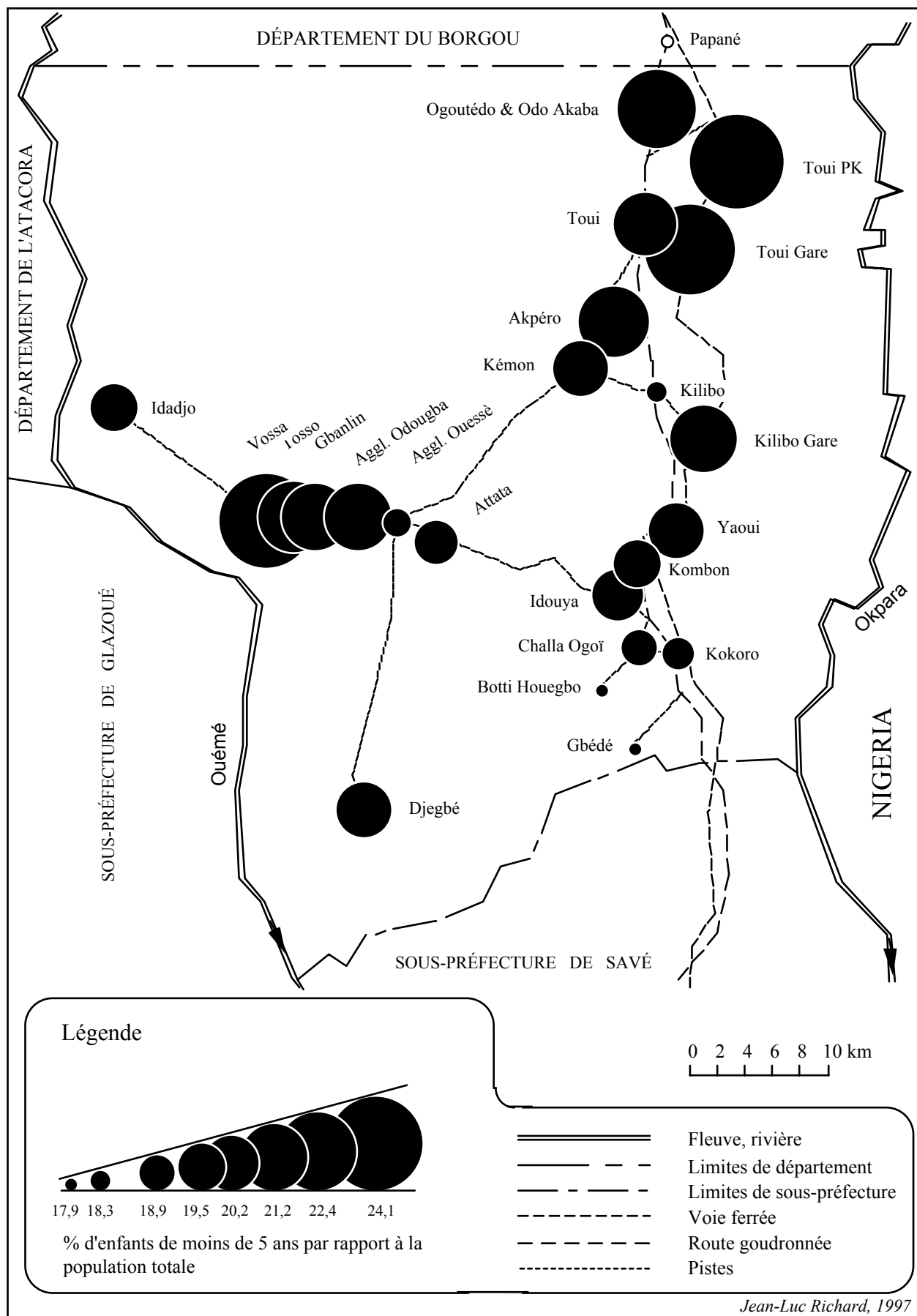


Figure 7 Proportion d'enfants de moins de 5 ans par village officiel ou par agglomération de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de 1992).

Tableau 4 Structure des personnes âgées de la sous-préfecture de Ouessè par commune et région (source: recensement national de la population de 1992).

Commune	Adultes 15-44 (1)	Adultes 45+ ans (2)			(2)/(1)
	N	N	%	Sex-ratio	%
Gbanlin	1'995	557	8.4	109	27.9
Djebé	796	323	4.9	108	40.6
Odougba	1'807	573	8.6	92	31.7
Laminou	2'887	1'015	15.3	94	35.2
Ouessè	1'997	716	10.8	82	35.9
Challa Ogoï	2'118	861	13.0	106	40.7
Kilibo	2'562	1'010	15.2	95	39.4
Kémon	1'432	590	8.9	86	41.2
Toui	3'693	989	14.9	115	26.8
Ouessè+Laminou+Odougba	6'691	2'304	34.7	89	34.4
Est sous-préfecture	9'805	3'450	52.0	102	35.2
Ouest sous-préfecture	9'482	3'184	48.0	94	33.6
Sous-préfecture de Ouessè	19'287	6'634	100.0	98	34.4

D'une commune à l'autre, la proportion des personnes âgées par rapport au total de la population varie sensiblement. Elle n'est que de 10 % pour la commune de Gbanlin, contre plus de 15 % pour celle de Challa Ogoï (cf. Tableau 4). Les trois communes dépendant du CSSP de Ouessè ont une proportion de personnes âgées identique à la moyenne de la sous-préfecture. La situation des communes de l'Est est très tranchée. La commune de Toui, au nord-est, compte une faible proportion de personnes âgées (10,6 %), alors que les trois autres communes de l'Est enregistrent les proportions maximales pour la sous-préfecture. Pour Toui, il faut y voir l'influence de la proportion élevée d'immigrés récents dans la population.

Si l'on rapporte la population âgée par commune au nombre de jeunes adultes, le schéma reste le même, à l'exception de la commune de Djebé, qui s'apparente cette fois aux communes âgées de l'Est (cf. Tableau 4). Il résulte de ces écarts intercommunaux dans la proportion des personnes âgées que les CCS de deux communes à la population totale presque identique, Gbanlin et Challa Ogoï, devront prendre en charge environ 560 personnes âgées pour le premier et 860 pour le second. Avec une population beaucoup plus nombreuse (+ 63 %), mais aussi plus jeune, que celle de Challa Ogoï, la commune de Toui ne compte qu'une bonne centaine de personnes âgées de plus. Ce sont les CCS de Kilibo et de Toui qui ont potentiellement à charge le plus de personnes âgées (environ 1'000 chacun), si l'on excepte le CSSP de Ouessè (2'300).

Les sex-ratios par commune des 45 ans et plus sont aussi sensiblement différents, mais sans clivage Est-Ouest. Cinq communes ont un sex-ratio inférieur à 100 (de 82 à 95, pour les trois communes dépendant du CSSP de Ouessè et pour celle de Kémon et de Kilibo) et quatre en ont un supérieur à 100 (de 105 à 115 pour Gbanlin, Djebé, Challa Ogoï et Toui).

Par localité, la proportion de personnes âgées par rapport aux jeunes adultes varie de 17 à 58 %. Elle est minimale dans les villages abritant une proportion élevée d'immigrés: Toui PK,

Ogoutédo, Kilibo Gare, Kokoro et, dans une moindre mesure, Vossa (cf. Figure 8). Elle est par contre maximale dans les autres localités de l'Est. La forte demande potentielle de soins due à la surreprésentation des jeunes femmes et des enfants en bas âge dans les villages ayant une forte proportion d'immigrés est donc partiellement compensée par la faiblesse de leur population âgée, autre grosse consommatrice potentielle de soins.

Répartition des femmes en âge de procréer

En termes de consommation de soins et donc aussi de planification de l'offre de soins, les femmes de 15 à 44 ans devraient jouer un rôle important à un double titre: elles induisent des besoins particuliers et fréquents en tant que reproductrices (suivi de grossesse, accouchement, soins post-partum et planning familial) et que mères de jeunes enfants payant un lourd tribut à la maladie (soins curatifs, suivi de croissance et vaccination). Le nombre de jeunes femmes dans une commune influence donc fortement la demande de soins adressée à la fois au dispensaire et à la maternité.

L'ensemble de la sous-préfecture comptait en 1992 plus de 10'500 femmes de 15 à 44 ans, qui constituaient un cinquième de la population totale (20,3 %), soit légèrement moins qu'en moyenne nationale (21,3 %) et départementale (21,1 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993), ce qui découle d'une proportion d'enfants légèrement supérieure dans la sous-préfecture. Ces femmes se répartissent également entre les deux régions de la sous-préfecture. Par comparaison, les hommes du même âge ne sont que 8'700 (16,8 % du total de la population). Pour l'ensemble de la sous-préfecture, les femmes constituent donc près de 55 % de cette tranche d'âge, ce qui donne un sex-ratio de presque 83 (cf. Tableau 5).

On assiste donc à un net déficit en hommes jeunes, peut-être dû à l'émigration vers les villes et vers la Côte d'Ivoire ou le Nigeria. Cette hypothèse suggère que les hommes sont plus mobiles que les femmes. Or la sous-préfecture de Ouessè est encore plus une terre d'immigration que d'émigration. Selon notre hypothèse, les immigrants devraient eux aussi être majoritairement des hommes, ce qui devrait tendre à équilibrer le sex-ratio déséquilibré par l'émigration. La nature de l'émigration et de l'immigration est toutefois différente. La première, temporaire, du moins dans les intentions de départ, est tournée vers les villes du Bénin et de l'étranger et vers les plantations étrangères. La seconde vise la colonisation agricole permanente de nouvelles terres béninoises, sur lesquelles on continue à pratiquer essentiellement une agriculture de subsistance. Il n'est donc pas exclu que le sex-ratio des immigrants soit beaucoup plus équilibré que celui des émigrants, comme le suggèrent d'ailleurs les sex-ratios pour les jeunes adultes de villages, comme Toui PK, Toui Gare, Kilibo Gare et Vossa, qui comptent une proportion élevée d'immigrés. Bien que la colonisation de nouvelles terres soit permanente, il n'est cependant pas exclu qu'il y ait une certaine rotation entre les immigrants et que certains ne s'installent que pour quelques années.

Le sex-ratio pour les jeunes adultes est plus déséquilibré pour l'Ouest que pour l'Est (respectivement 77,8 et 87,6). Cette différence est due à un déficit relatif d'hommes dans l'Ouest (les jeunes hommes n'y constituent que 15,9 % de la population totale, contre 17,7 % dans l'Est), puisque dans les deux régions la proportion (et le nombre absolu) de jeunes femmes est identique. Pour cette catégorie d'âge, le sex-ratio est inférieur à 100 dans toutes les communes. On relève cependant d'importantes différences d'une commune à l'autre. Le sex-ratio est d'à peine 63 pour la commune de Djegbé, mais il grimpe à 94 pour celle de Challa Ogoï. Le sex-ratio est presque toujours supérieur dans les communes de l'Est. Toutefois, Kémon, à l'Est, a un sex-ratio identique à la moyenne de l'Ouest et, inversement, Gbanlin, à l'Ouest a un sex-ratio comparable à la moyenne de l'Est.

Chaque village compte de 17,4 à 21,8 % de femmes de 15 à 44 ans parmi ses habitants (cf. Figure 9). Cette proportion est particulièrement élevée pour les villages du nord-est de la sous-préfecture et particulièrement basse pour ceux du sud-est, Kokoro excepté. L'Ouest se caractérise par des proportions le plus souvent proches de la moyenne. La proportion des femmes de 15 à 44 ans est la plus élevée dans les villages connaissant la plus forte immigration, ce qui confirme que cette dernière est le fait de jeunes adultes des deux sexes. Par sa structure, cette carte est proche de celle illustrant la proportion des enfants de moins de 5 ans dans la population générale (cf. Figure 7).

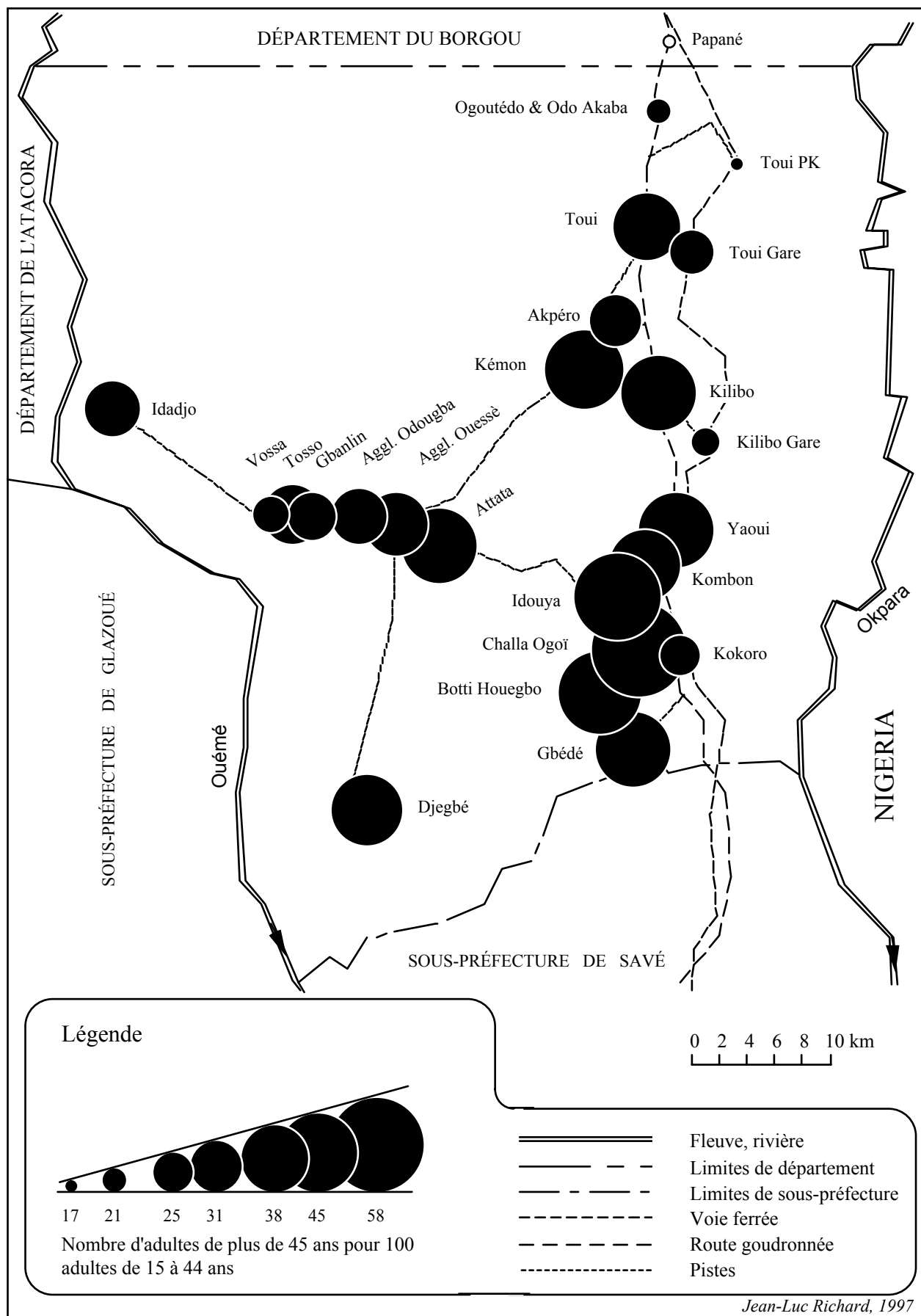


Figure 8

Nombre d'adultes de 45 ans et plus par rapport aux jeunes adultes, par village officiel ou agglomération (source: recensement national de 1992).

Cela confirme que le nombre de naissances par village dépend plus du nombre de femmes en âge de procréer que de comportements spécifiques à chaque village. Il existe toutefois quelques écarts sensibles à cette règle générale. A Kokoro, Ouessè et Kilibo, on assiste à une sous-natalité par rapport au nombre de femmes fécondes. L'inverse est observé à Vossa, Gbanlin et Toui Gare. On remarquera que le premier groupe de villages a un caractère plus urbain que le second, par la taille, le statut officiel et la localisation à des noeuds routiers.

Tableau 5 Structure des jeunes adultes (15-44 ans) de la sous-préfecture de Ouessè par sexe, commune et région (source: recensement national de la population de 1992).

	Femmes		Hommes		Sex-ratio	Total	
Commune	N	%	N	%		N	%
Gbanlin	1'065	53.4	930	46.6	87.3	1'995	100.0
Djégbé	489	61.4	307	38.6	62.8	796	100.0
Odougba	1'035	57.3	772	42.7	74.6	1'807	100.0
Laminou	1'613	55.9	1'274	44.1	79.0	2'887	100.0
Ouessè	1'092	54.7	905	45.3	82.9	1'997	100.0
Challa Ogoï	1'092	51.6	1'026	48.4	94.0	2'118	100.0
Kilibo	1'390	54.3	1'172	45.7	84.3	2'562	100.0
Kémon	800	55.9	632	44.1	79.0	1'432	100.0
Toui	1'984	53.7	1'709	46.3	86.1	3'693	100.0
Ouessè+Laminou+Odougba	3'740	55.9	2'951	44.1	78.9	6'691	100.0
Est sous-préfecture	5'266	53.7	4'539	46.3	86.2	9'805	100.0
Ouest sous-préfecture	5'294	55.8	4'188	44.2	79.1	9'482	100.0
Sous-préfecture de Ouessè	10'560	54.8	8'727	45.2	82.6	19'287	100.0

Seuls quatre villages, tous de l'Est, enregistrent un sex-ratio équilibré ou presque des adultes de 15 à 44 ans: Gbédé, Kokoro, Idouya et Toui PK, les trois premiers relevant de la commune de Challa Ogoï, au sud-est. Dans tous les autres villages, le sex-ratio est inférieur à 95. Il est même inférieur à 75 dans trois d'entre eux: Toui, Odougba et Djégbé.

Le constat de ces déséquilibres entre jeunes hommes et femmes, plus ou moins prononcés selon l'échelle d'analyse, indique que les jeunes femmes sont potentiellement de très grosses utilisatrices des services de santé, non seulement du fait de leur double rôle de procréatrices et de mère, mais aussi de leur simple poids démographique. Les disparités par commune prennent toutefois toute leur signification lorsque l'on compare le nombre absolu des femmes en âge de procréer, puisque, répétons le, un CCS standard est desservi par le même personnel, quel que soit le volume de ses utilisateurs potentiels.

Pour l'Est, environ 5'300 femmes de 15 à 44 se partagent officiellement quatre CCS, dont un où un seul agent de santé cumule les fonctions d'infirmier et de sage-femme. Pour l'Ouest, autant de femmes se partagent un CCS standard et un CCS desservi par un seul agent de santé et le CSSP de Ouessè, doté d'un personnel très nombreux comparé à celui d'un CCS. Plus de 3'700 femmes dépendent directement du CSSP de Ouessè. Les deux CCS avec un seul agent de santé (sans compter les secouristes et les matrones) desservent potentiellement une population féminine plus limitée que les CCS standards (moins de 500 jeunes femmes à Djégbé et 800 à Kémon). Les CCS de Gbanlin et de Challa Ogoï desservent chacun environ 1'100 femmes de 15

à 44 ans (et

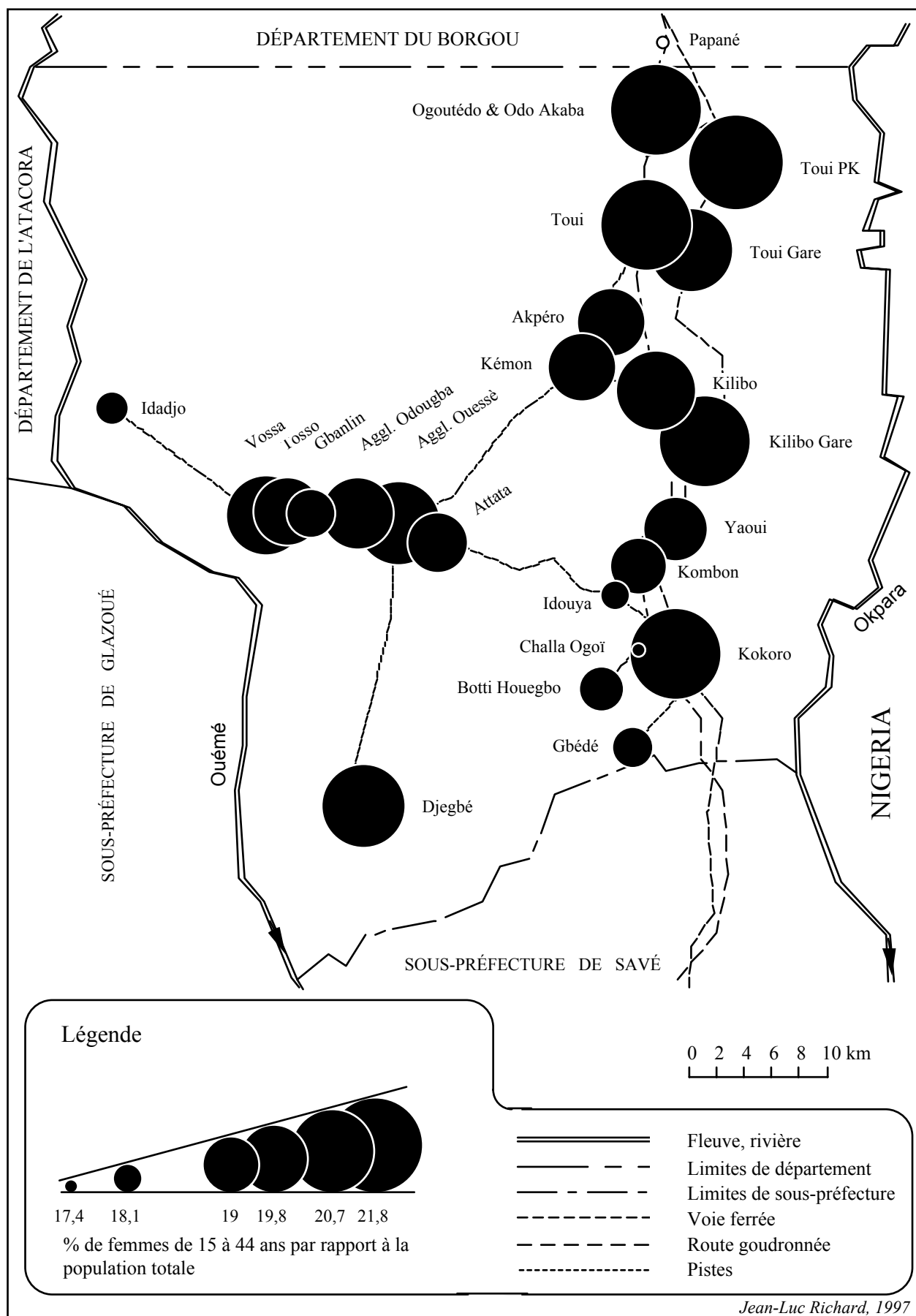


Figure 9 Proportion de femmes en âge de procréer par village officiel ou agglomération de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de 1992).

autant d'enfants de moins de 5 ans), celui de Kilibo 1'400 et celui de Toui 2'000. Ainsi, au regard de ces deux catégories à risque – les jeunes femmes et leurs plus jeunes enfants – la clientèle potentielle peut presque passer du simple au double pour les CCS standards. Nous insistons sur le fait qu'il s'agit bien là d'un volume de clientèle potentielle; comme nous le verrons par la suite, le volume effectif d'activité des services de santé n'est que partiellement lié à la taille de la clientèle potentielle, telle que définie par l'organisation spatiale officielle du système sanitaire public.

Estimation du taux de natalité à différentes échelles géographiques

Le calcul des taux bruts et spécifiques de natalité à différentes échelles prolonge notre réflexion sur la répartition spatiale de facteurs qui pourraient avoir des répercussions sur les besoins potentiels et la demande effective en soins de santé. Les données du recensement de la population de 1992 permettent le calcul d'estimations de ces taux (cf. Tableau 6). Le taux brut de natalité est de 46 ‰ pour l'ensemble de la sous-préfecture, avec peu de différence entre l'Est et l'Ouest (respectivement 48 et 45 ‰). Cette valeur est très proche de la moyenne nationale de 47,4 ‰ (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Pour le calcul du taux spécifique de natalité, une estimation du nombre moyen de femmes de 15 à 44 ans sur l'année a été obtenue en retranchant 1,5 % au nombre de femmes en fin d'année (3 % étant une estimation de la croissance annuelle nationale de la population). Le taux spécifique de natalité est de 228 ‰ pour la sous-préfecture de Ouessè, avec ici encore un taux légèrement plus élevé à l'Est (233 ‰) qu'à l'Ouest (222 ‰).

Le taux brut de natalité varie entre 38 ‰ (commune de Kilibo) et 57 ‰ (commune de Djegbé). Nous ne savons pas si ces différences sont stables au cours du temps, pour des unités spatiales aussi petites que les communes. Il est en effet probable qu'à cette échelle les fluctuations annuelles soient sensibles. Les taux spécifiques de natalité varient de 185 ‰ (commune de Laminou et de Kilibo) à environ 280 ‰ (communes de Kémon et de Djegbé). L'agglomération de Ouessè se situe au-dessous de la moyenne, alors que les trois autres communes de l'Ouest, plus rurales encore, sont au-dessus. La commune de Kilibo, au sein de laquelle la localité de Kilibo – autre petit centre en voie d'urbanisation – est prépondérante, se situe aussi au-dessous de la moyenne. Les communes de Toui et surtout de Challa Ogoï sont proches de la moyenne, alors que celle de Kémon lui est très supérieure. Ainsi, pour les taux de natalité brut et spécifique les disparités observées ne passent pas par un clivage Est-Ouest.

Les variations par village du taux spécifique de natalité sont importantes (de 147 à 340 ‰). Nous ne nous y attardons cependant pas, car à une échelle si fine ces taux sont sans doute soumis à d'importantes variations annuelles. De plus, nous n'y discernons aucune structure spatiale. Signalons toutefois que deux des trois principales agglomérations de la sous-préfecture (Ouessè et Kilibo, mais pas Odougba au caractère plus rural encore) se caractérisent par des taux particulièrement bas.

En valeur absolue, la sous-préfecture de Ouessè a enregistré près de 2'400 naissances vivantes de début 1991 à début 1992, également réparties entre les deux moitiés de la sous-préfecture (cf. Tableau 6). Environ 770 naissances vivantes ont eu lieu dans les trois communes dépendant du CSSP de Ouessè. Les trois communes de Gbanlin, Challa Ogoï et Kilibo en ont enregistrées environ 250 chacune, celle de Toui plus de 480. La charge potentielle pesant sur cette maternité est presque le double de celle supportée par les maternités des trois communes précitées. L'écart potentiel de charge est aussi important entre les deux CCS desservis chacun par un seul agent de santé: environ 130 naissances dans la commune de Djegbé contre 220 dans celle de Kémon. En moyenne, chaque CCS (et chaque sage-femme de CCS!) doit donc

potentiellement assurer 266 accouchements (ou plus exactement naissances vivantes) par an. Cette moyenne grimpe à 338 si l'on considère aussi le CSSP de Ouessè, qui assure potentiellement près d'un tiers des accouchements de la sous-préfecture (avec deux à quatre sages-femmes ou infirmières, selon les périodes, soit environ 250 accouchements par agent et par an, comme dans trois des CCS).

A la naissance, les garçons sont un peu plus nombreux que les filles (sex-ratio de 103,2 pour l'ensemble de la sous-préfecture). Le sex-ratio est plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest (106 contre 100,3, différence non significative). A l'échelle communale, les écarts entre sex-ratios extrêmes sont bien plus élevés (de 95,6 à Odougba à 117,5 à Challa Ogoï), mais rien ne dit qu'ils soient stables dans le temps.

Le recensement fournit encore un autre type de données permettant d'apprécier la dynamique procréatrice: le nombre total d'enfants nés vivants que les femmes de 12 ans et plus de la sous-préfecture ont eu. Cet indicateur offre l'avantage de ne pas se focaliser sur les naissances d'une seule année, dont le nombre peut fluctuer considérablement, surtout lorsqu'on envisage des unités spatiales plus limitées que l'ensemble de la sous-préfecture. Ses principaux inconvénients sont justement que l'on ne peut pas rattacher cet indicateur à une durée et à une population données. En d'autres termes, il n'y a pas de dénominateur possible.

Tableau 6 Estimation des taux brut et spécifique de natalité par commune de la sous-préfecture de Ouessè, à partir du recensement national de population de 1992.

	Total naissances	Population moyenne 1992		Taux de natalité	
		Total	F 15-44 ans	Brut	Spécifique
Commune	N	N	N	‰	‰
Gbanlin	254	5'463	1'049	47	242
Djégbé	132	2'315	482	57	274
Odougba	268	5'082	1'019	53	263
Laminou	294	7'584	1'589	39	185
Ouessè	212	5'222	1'076	41	197
Challa Ogoï	248	5'624	1'076	44	231
Kilibo	255	6'710	1'369	38	186
Kémon	222	3'980	788	56	282
Toui	484	9'109	1'954	53	248
Ouessè+Laminou+Odougba	774	17'888	3'684	43	210
Est sous-préfecture	1'209	25'422	5'187	48	233
Ouest sous-préfecture	1'160	25'666	5'215	45	222
Sous-préfecture de Ouessè	2'369	51'088	10'402	46	228

Les femmes de 12 ans et plus résidant en 1992 dans la sous-préfecture de Ouessè ont eu, jusqu'à cette date, plus de 57'700 enfants nés vivants (qu'ils soient encore vivants ou non et qu'ils vivent ou non dans la sous-préfecture), soit plus que la population totale de la sous-préfecture à cette date (plus de 52'000). L'ouest de la sous-préfecture a enregistré presque 55 % de ces naissances vivantes. Or en 1992 le nombre total d'habitants des deux parties de la sous-préfecture, de même que celui des femmes en âge de procréer, sont quasi identiques. De plus, les

taux bruts et spécifiques de natalité sont en 1992 plus élevés à l'Est qu'à l'Ouest (cf. ci-dessus). Ce triple constat peut signifier au moins deux choses:

- le taux de natalité était autrefois plus élevé à l'Ouest qu'à l'Est, avant que cette tendance ne s'inverse;
- la population de l'Ouest et en particulier les femmes en âge de procréer étaient autrefois plus nombreuses à l'Ouest qu'à l'Est, avant que l'on atteigne l'équilibre actuel par une immigration récente plus massive à l'Est qu'à l'Ouest. Or les immigrants sont des jeunes sans enfants ou avec peu d'enfants. La population de l'Est est donc actuellement aussi nombreuse que celle de l'Ouest, mais l'âge moyen des adultes y serait sensiblement inférieur, d'où une descendance actuellement moins nombreuse. Le taux de natalité rapporté aux femmes de 15 à 44 ans plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest tendrait à confirmer que les femmes de cette tranche d'âge sont en moyenne plus jeunes à l'Est qu'à l'Ouest.

Les données dont nous disposons ne permettent pas de vérifier ces deux hypothèses non exclusives. Il est par contre certain que l'accroissement de la population est aujourd'hui nettement supérieur à l'Est qu'à l'Ouest, du fait de la préférence des immigrés pour l'Est et du taux de natalité plus élevé dans cette région. Si l'immigration préférentielle en direction de l'Est se poursuit, ce taux y restera globalement supérieur, du fait du rajeunissement constant de la population, même si le taux de natalité à un âge donné n'y est pas forcément supérieur à celui de l'Ouest. Le grand dynamisme démographique de l'Est n'est évidemment pas sans influencer ses besoins en matière de santé.

Le sex-ratio de l'ensemble des enfants nés vivants des femmes de 12 ans et plus résidant dans la sous-préfecture est très proche de celui des seuls enfants nés dans l'année précédant le recensement: 103,7 contre 103,2. Ces données reposant sur une plus grande profondeur temporelle confirment que le sex-ratio est plus élevé pour l'Est que pour l'Ouest (105,3 contre 102,3).

Estimation des taux bruts de mortalité et de croissance naturelle à différentes échelles géographiques

L'estimation du taux brut de mortalité s'appuie également sur les données du recensement de la population de 1992. La population moyenne sur l'année a été estimée en retranchant de la population recensée la moitié de la croissance naturelle enregistrée durant l'année écoulée. Pour l'ensemble de la sous-préfecture, le taux brut de mortalité est de 8 ‰, ce qui paraît bien peu en comparaison de la moyenne nationale de 15,6 ‰ (cf. partie I, chap. 1a). Cette moyenne très basse dans un contexte rural africain résulte sans doute d'une sous-déclaration des décès, particulièrement des enfants décédés rapidement après la naissance.

Le taux brut de mortalité est nettement plus élevé à l'Ouest qu'à l'Est (respectivement 10 ‰ et 6 ‰; cf. Tableau 7). Les légères différences de structure par âge de la population entre les deux parties de la sous-préfecture ne peuvent l'expliquer. Les adultes de 45 ans et plus sont en effet un peu plus nombreux à l'Est, alors que les enfants de moins d'un an et ceux de 1 à 4 ans, autres catégories d'âge connaissant une forte mortalité, y sont aussi nombreux à l'Ouest qu'à l'Est. Les variations d'une commune à l'autre sont énormes: de 4 ‰ pour la commune de Toui à 16 ‰ pour celle de Djegbé. Les taux pour trois des quatre communes de l'Est sont inférieurs à la moyenne. On observe l'inverse pour quatre des cinq communes de l'Ouest.

Événement relativement rares, les décès sont sujets à de grandes variations dans le temps et l'espace, à une échelle aussi fine que celle du village. La sous-notification des décès évoquée plus haut n'est de plus probablement pas constante d'un lieu à l'autre. Les écarts élevés de taux

bruts de mortalité entre villages de la sous-préfecture sont effectivement énormes: de 1 % à Kombon à 16 % à Djegbé. A l'exception de Gbédé et de Kémon toutes les localités de l'Est se caractérisent par des taux très bas, alors que l'on observe l'inverse pour tous les villages de l'Ouest, Vossa et Gbanlin exceptés. Si l'on compare les taux bruts par village découlant du recensement à ceux de notre enquête domiciliaire, trois ans plus tard, les écarts sont toujours importants (jusqu'à un rapport de 1 à 10 dans le cas extrême de Toui PK).

Tableau 7 Estimation du taux brut de mortalité et du taux de croissance naturelle, à partir du recensement national de la population de 1992.

	Total décès Pop. moy.		Taux brut mortalité	Taux brut natalité	Taux croiss. naturelle
Commune	N	N	‰	‰	‰
Gbanlin	38	5'463	7	47	40
Djegbé	38	2'315	16	57	41
Odougba	55	5'082	11	53	42
Laminou	66	7'584	9	39	30
Ouessè	50	5'222	10	41	31
Challa Ogoï	39	5'624	7	44	37
Kilibo	37	6'710	6	38	33
Kémon	41	3'980	10	56	46
Toui	38	9'109	4	53	49
Ouessè+Lami+Odougba	171	17'888	10	43	34
Est sous-préfecture	155	25'422	6	48	42
Ouest sous-préfecture	247	25'666	10	45	36
Sous-préfecture Ouessè	402	51'088	8	46	39

Selon le recensement de 1992, le sex-ratio des personnes décédées durant l'année précédant le recensement était de 124,6, ce qui traduit une forte surmortalité masculine (ou un biais de déclaration), puisque le sex-ratio dans la population générale est de 95,5. Les données en notre possession ne nous permettent pas de connaître le sex-ratio des décès par tranche d'âge. Il est par contre nettement plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest (138,5 contre 116,7), ce qui s'explique partiellement par une proportion un peu plus élevée d'hommes dans la population générale à l'Est qu'à l'Ouest (sex-ratio de 99,3 contre 91,8).

Sur 402 décès, un seul est enregistré en cours de grossesse, 13 des suites de couches (3,5 % des cas définis et 7,3 % des décès de femmes, tous âges confondus), 353 dans une autre circonstance et 35 cas sont non définis. Au vu du nombre de femmes décédées des suites de couches, qui doit être considéré comme une approximation par défaut de la réalité, cette cause de décès est importante pour les femmes de 15 à 44 ans.

Sur les 57'776 enfants nés vivants, toutes dates confondues, de femmes de 12 ans et plus habitant la sous-préfecture en 1992, 71,9 % étaient encore en vie en 1992. La proportion de survivants est nettement plus élevée à l'Est qu'à l'Ouest (77,1 % contre 67,7 %), ce qui concorde avec le taux brut de mortalité beaucoup plus faible que l'on y a estimé ci-dessus pour l'année précédant le recensement. Cette différence peut aussi partiellement résulter d'une structure par âge un peu différente entre les deux moitiés de la sous-préfecture. La proportion de femmes qui ont survécu est légèrement supérieure à celle des hommes (respectivement 72,6 % contre 71,2 %). Il en résulte que le sex-ratio des 41'520 personnes encore vivantes n'est plus que d'à

peine 102, pour presque 104 à la naissance. Il y a donc globalement une surmortalité masculine dans la sous-préfecture. Cette conclusion ne s'applique toutefois pas forcément aux personnes âgées, puisqu'elle repose sur les déclarations de toutes les mères, quel que soit leur âge, ce qui exclu que les enfants pris en compte dans l'enquête soient âgés.

Le taux de croissance naturelle s'obtient en soustrayant le taux brut de mortalité du taux brut de natalité. Il indiquerait l'évolution de la population s'il n'y avait aucune migration. Pour la sous-préfecture de Ouessè, l'accroissement de la population est supérieure au taux de croissance naturelle, puisque l'immigration y est plus importante que l'émigration.

Le taux de croissance naturel global est de 39 ‰. Il est sensiblement plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest (42 ‰ contre 36 ‰). Les deux communes de l'Ouest constituant l'agglomération de Ouessè croissent moins vite (mouvements migratoires exclus) que les trois autres communes de l'Ouest (environ 30 ‰ contre 40 ‰). La commune de Toui enregistre la croissance naturelle la plus élevée de toute la sous-préfecture (49 ‰). Il s'agit déjà de la commune la plus peuplée et de celle qui a enregistré la plus forte immigration ces dernières années. Cette grande commune croît donc de manière accélérée et la charge potentielle pesant sur son CCS deviendra rapidement insupportable pour un infirmier et une sage-femme. Comme nous le verrons plus loin, la réalité est bien différente puisque, du fait de la présence de l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané, juste au nord des limites de la commune, les habitants de deux des quatre villages officiels de la commune n'utilisent pas le CCS de Toui et que les autres l'utilisent concurremment avec l'hôpital Saint-Martin.

Répartition de la population à risque selon le sexe et l'âge: synthèse

La Figure 10 indique pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè et pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture le volume des différentes populations particulièrement à risque du fait de leur âge (enfants de moins de 5 ans, personnes âgées) ou de leur sexe couplé avec l'âge (femmes en âge de procréer). La Figure 11 fournit les mêmes indications, mais à une échelle plus fine: les aires de desserte officielles des services de santé publics. Ces deux figures nous renseignent sur le volume potentiel, en 1992, des principales catégories d'utilisateurs des services de santé et sur leur distribution spatiale.

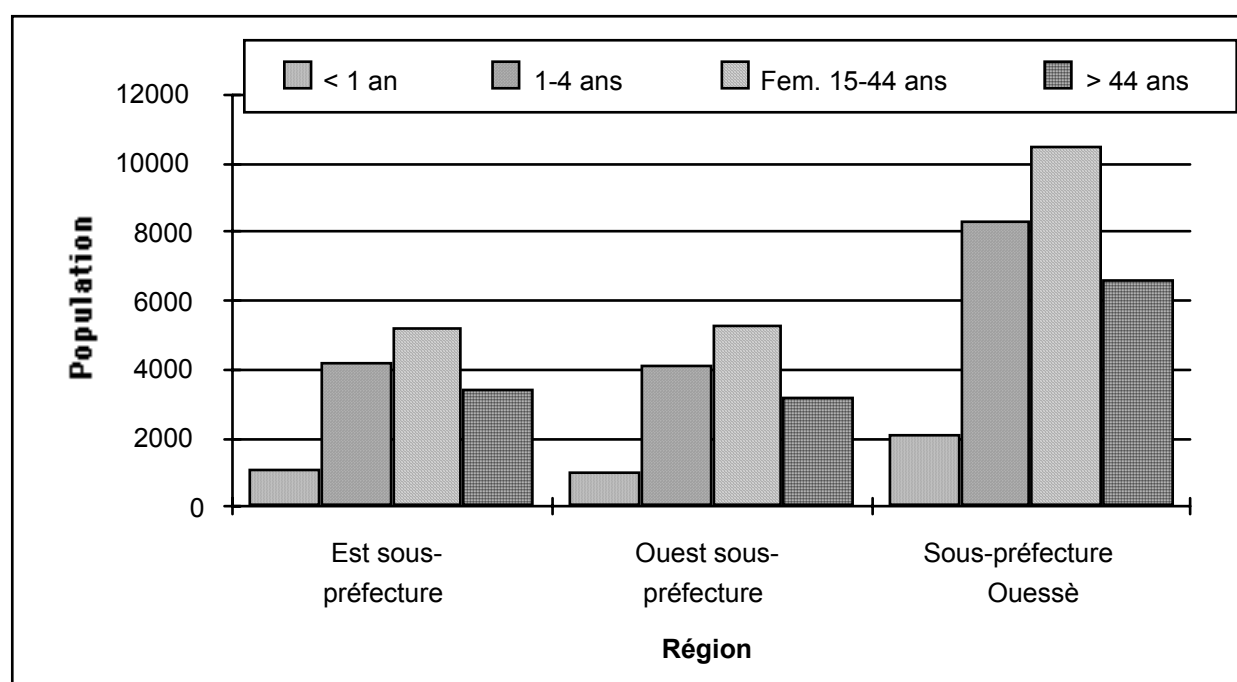


Figure 10 Population à risque selon le sexe et l'âge par région, à partir du recensement de la population de 1992.

Les femmes de la sous-préfecture en âge de procréer étaient plus de 10'500 en 1992, les enfants de moins d'un an plus de 2'000, ceux de 1 à 4 ans plus de 8'300 et les personnes âgées (plus de 44 ans) plus de 6'600. Les femmes de 15 à 44 ans sont donc aussi nombreuses que les enfants de moins de 5 ans, nous l'avons déjà relevé, et les adultes de 45 ans et plus trois fois plus nombreux que les enfants de moins d'un an. La population à risque, tout comme l'ensemble de la population, se répartit également entre les deux régions de la sous-préfecture, avec des effectifs quasi égaux pour chaque catégorie à risque.

De par sa taille et son aire de desserte officielle couvrant trois communes pour les soins de base, le CSSP de Ouessè est de loin le service de santé public de la sous-préfecture qui possède la population à risque la plus nombreuse: environ 3'700 femmes en âge de procréer, 2'800 enfants de 1 à 4 ans, 2'300 adultes de 45 ans et plus et 700 enfants de moins d'un an, pour un total d'environ 9'500 personnes. Le CCS de Toui suit loin derrière, précédant trois CCS presque à égalité: Kilibo, Challa Ogoï et Gbanlin. Les CCS de Kémon, puis de Djegbé, ferment la marche. La faiblesse de la population desservie n'y a d'ailleurs pas justifié la construction d'un dispensaire et d'une maternité séparés, avec un infirmier et une sage-femme.

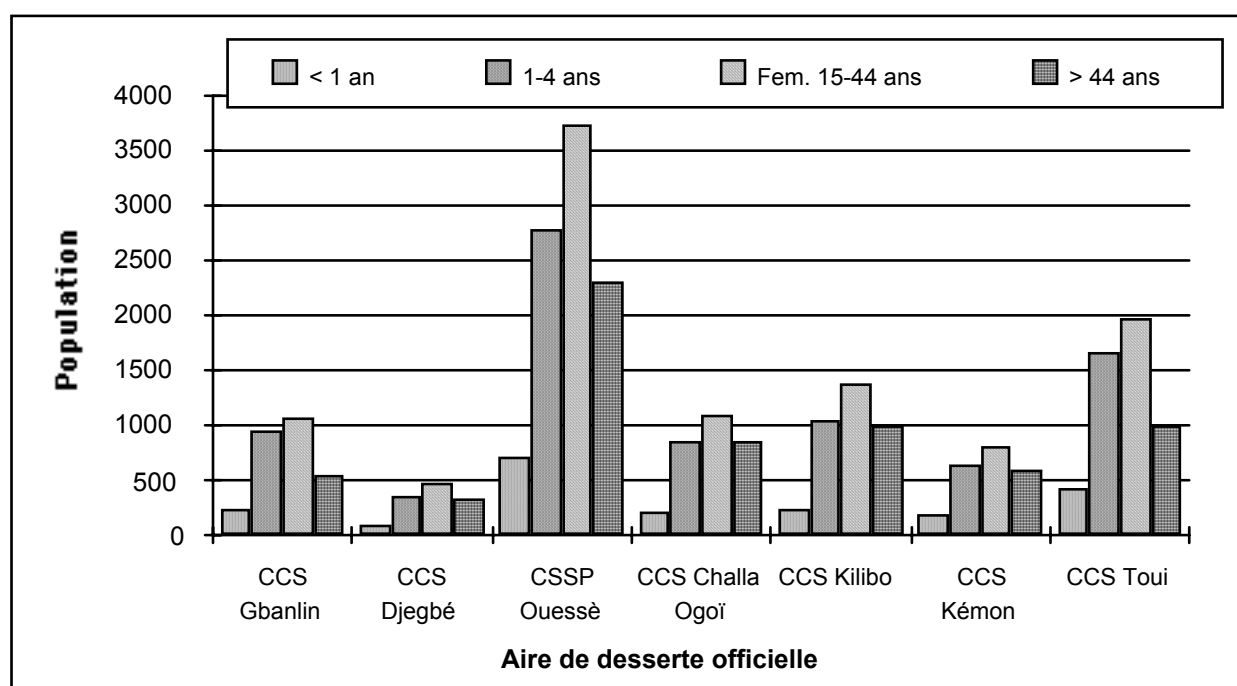


Figure 11 Population à risque selon le sexe et l'âge par aire de desserte officielle des services de santé publics, à partir du recensement de la population de 1992.

L'immigration constitue le principal moteur des différenciations spatiales du taux de croissance de la population et de la structure par âge des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. L'arrivée de nouveaux colons augmente rapidement la population de la sous-préfecture de Ouessè, surtout de l'Est et plus particulièrement de la commune de Toui. Comme le phénomène migratoire n'a pris de l'ampleur que récemment, presque tous les immigrés sont encore de jeunes adultes en âge de procréer, ce qui augmente encore un taux de natalité par ailleurs déjà élevé. Les villages officiels et les communes sur le terroir desquels les migrants sont nombreux se caractérisent donc par un accroissement rapide de la population et par une

proportion supérieure à la moyenne de jeunes adultes et de jeunes enfants, et, à l'inverse, par une proportion inférieure à la moyenne de personnes âgées et d'enfants de 5 à 14 ans.

Ces immigrants sont surtout concentrés dans quelques villages officiels périphériques (Toui PK, Toui Gare, Kilibo Gare) ou dans des villages, hameaux et fermes installés sur le front pionnier. Comme les immigrants sont attirés par les terres vacantes, ils tendent à éviter les petits centres (chefs-lieux de communes et de sous-préfecture) voire les villages officiels en général. Il en résulte qu'il existe une population de plus en plus nombreuse, dans laquelle les groupes les plus à risque sont surreprésentés (enfants de moins de 5 ans et femmes de 15 à 44 ans), qui est précisément installée là où n'existe aucune infrastructure sanitaire et peu ou pas d'infrastructures bénéfiques pour la santé: forages, puits cimentés et écoles. Non seulement les services de santé font défaut dans ces nouvelles implantations humaines, mais encore leur accessibilité est généralement inférieure pour elles à celle que connaissent les localités plus anciennes (distance plus longue, pistes plus mauvaises, parfois coupées pendant la saison des pluies, pas de desserte par les taxis, souvent absence de toute voiture privée). On se trouve donc dans une situation paradoxale, mais commune aux fronts pionniers: disponibilité et accessibilité sont précisément les moins bonnes là où les besoins sont potentiellement les plus élevés.

Structure selon le statut matrimonial des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

Il a souvent été montré que le statut matrimonial d'une personne influence, ou du moins est statistiquement lié à son état de santé, à son espérance de vie, et plus encore à ses comportements de recherche de soins en cas de maladie. Il a même été démontré pour l'Inde que la présence ou non d'une belle-mère au sein du ménage (famille élargie par opposition à famille nucléaire) influence significativement le type de recours thérapeutiques choisis par la femme (VISSANDJÉE, 1997). Nous n'irons pas aussi loin dans la description du statut matrimonial des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Nous insisterons surtout sur le fait d'être actuellement marié(e) ou non, d'être veuf ou veuve et sur le nombre de femmes par mari. Le veuvage constitue sans doute un facteur de risque pour la santé, puisqu'il signale des personnes cumulant les handicaps: âge moyen plus élevé que pour les personnes mariées, niveau économique en moyenne inférieur, absence de l'effet protecteur lié à la vie commune. De plus, ces handicaps constituent également un frein à la consultation de services de santé modernes en cas de maladie.

Le recensement de la population de 1992 indique le statut matrimonial de l'ensemble des personnes âgées de 10 ans et plus. Pour la sous-préfecture de Ouessè, 35,5 % de ces personnes n'étaient pas et n'avaient jamais été mariées au moment du recensement (39,2 % pour le Bénin et 38,3 % pour le Zou; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). La proportion de personnes de 10 ans et plus jamais mariées est à peine plus élevée dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture (respectivement 36,7 % et 34,2 %). Cette proportion est la plus élevée dans l'agglomération de Ouessè (environ 38 %) et la plus basse dans les communes de Djegbé et de Kémon (moins de 32 %).

Les veufs et veuves constituent dans la sous-préfecture 7,3 % des personnes de 10 ans et plus qui sont ou ont été mariées, soit un peu plus que la moyenne du Zou (6,1 %) et plus encore que la moyenne nationale (5,1 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993).

Quarante pour cent des hommes mariés de la sous-préfecture sont polygames, soit sensiblement plus que pour le Zou (presque un tiers) et que pour l'ensemble du Bénin (30 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Les hommes ayant deux épouses constituent 29 % des hommes mariés de la sous-préfecture, contre environ 23 % de ceux du Zou et du Bénin. Plus de 8 % des hommes mariés de la sous-préfecture ont trois épouses,

contre 5 à 6 % dans le Zou et le Bénin. Enfin, 3 % des hommes mariés de la sous-préfecture ont quatre épouses, soit autant dans le Zou et le Bénin.

La polygamie est nettement plus fréquente dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture. Elle y concerne respectivement 46 % et 35 % des hommes mariés. L'écart entre les deux régions est proportionnellement d'autant plus prononcé que l'on considère un plus grand nombre d'épouses. A l'échelle communale, les différences peuvent être considérables: presque la moitié des hommes mariés de la commune d'Odougba sont polygames, contre environ 30 % de ceux de Kilibo. A cette échelle, la polygamie est toujours plus fréquente à l'Ouest qu'à l'Est. A une échelle plus fine encore, l'opposition entre les villages officiels de l'Est et de l'Ouest est elle aussi très marquée. La polygamie implique 54 % des hommes mariés de Vossa, 49 % de ceux de l'agglomération d'Odougba, 47 % de ceux de Toui Gare et environ 46 % de ceux de Gbanlin et de l'agglomération de Ouessè. A l'autre extrémité, Gbédé se situe très au-dessous de la moyenne, avec environ 22 %. Nous avons déjà relevé que ce village *basa* compte proportionnellement le moins de jeunes femmes de tous les villages de la sous-préfecture.

Structure par ethnie des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

Par la forte empreinte culturelle qu'elle impose, l'appartenance ethnique joue a priori un rôle important dans l'état de santé d'une personne, d'une population, et, plus encore, dans ses comportements de recherche de soins.

La sous-préfecture de Ouessè est principalement peuplée par deux ethnies, les *Mahi* et les *Nagot*, que nous considérons comme autochtones, bien que, selon la tradition orale, leur installation dans cette contrée ne soit pas très ancienne, surtout pour les premiers. Par exemple, le village *mahi* de Gbanlin, dans l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, n'aurait été fondé que dans le dernier tiers du 19^e siècle par des migrants venant de Za, à l'est d'Abomey (LE MEUR et ADJINACOU, 1998).

Les *Mahi* sont de proches parents des *Fon*, principale ethnie du Sud-Bénin, dont ils partagent pour ainsi dire la langue. Originaires du Sud-Bénin, ils ont émigré vers le nord, dans la région de Savalou, d'où certains ont poursuivi vers le nord-est, jusque dans la région de Ouessè. C'est cette migration qui les a individualisés (ou achevé de les individualiser) en tant que groupe ethnique. Les ancêtres des actuels habitants de Ouessè sont issus du village de Ouessè, tout près de Savalou. En dehors de la sous-préfecture de Ouessè, on trouve aujourd'hui des *Mahi* également dans le Moyen-Bénin, au sud-ouest de la sous-préfecture de Ouessè (région de Savalou). Les *Mahi* de la sous-préfecture sont essentiellement des agriculteurs. Ils n'élèvent pas de bétail eux-mêmes, mais une minorité d'entre eux possèdent des bovins qu'ils font garder par les *Peul*.

Les *Nagot* (aussi orthographié *Nago*) sont quant à eux de proches parents des *Yoruba* du Nigeria, dont ils sont originaires. Les ancêtres des *Nagot* auraient quitté la région de Ile-Ifé vers le 16^e siècle pour s'installer en plusieurs vagues dans tout le sud-est de l'actuel Bénin, de Parakou à Sakété, le long de la frontière avec le Nigeria. Les *Nagot* de la sous-préfecture de Ouessè relèvent de la dernière vague de migrants *yoruba*. Leurs ancêtres ont traversé le royaume *baatonou* de Nikki (centre-est du Borgou), la région de Parakou et celle de Tchaourou, pour s'installer finalement entre l'Okpara et l'Ouémé dans la région de Savé (ancien royaume de *Cabié* regroupant les *Nagot* les plus septentrionaux du Bénin, avec Savé pour capitale, au sud-est de Ouessè). En cours de route, ils ont également colonisé l'est de la sous-préfecture de Ouessè. Par le passé, le royaume *Cabié* eut à souffrir des incursions des *Fon*. L'origine, le parcours migratoire des *Nagot* et leur localisation sur la frontière avec le Nigeria favorisent leurs relations, notamment commerciales, avec le nord (Borgou) et l'est (Nigeria). Les *Nagot* sont surtout des agriculteurs, mais aussi des commerçants et des "trafiquants" bénéficiant du bas prix

de nombreux produits d'un marché nigérian non affilié à la zone CFA. Eux non plus n'élèvent pas directement de bétail.

Beaucoup de villages autochtones abritent sur leur terroir un ou plusieurs hameaux *peul* implantés à quelques centaines de mètres, voire à un ou deux kilomètres du village. Nous ignorons tout de l'époque d'installation des *Peul* sédentaires dans la sous-préfecture de Ouessè. Nous savons seulement qu'elle est postérieure à celle des *Mahi* et des *Nagot*, mais qu'elle remonte au moins à plusieurs générations. Par exemple, le père du vieux "roi" des *Peul* du gbaffo de Kpassa (70 à 80 ans) y est né. Les *Peul* sédentaires de la sous-préfecture sont des éleveurs de bovins, mais aussi de plus en plus des agriculteurs. Une partie de leurs troupeaux appartiennent aux autochtones. L'endogamie est la règle chez les *Peul* de la sous-préfecture. Il s'agit d'une population passant pour riche auprès des autochtones, en raison de leurs grands troupeaux et souvent aussi de leurs maisons bien entretenues. Bien que des liens économiques unissent les *Peul* aux autochtones, ils vivent largement à l'écart les uns des autres, ceux-ci méprisant d'ailleurs souvent ceux-là.

Sur ce fond culturel vient se greffer une immigration de colonisation agricole récente et de plus en plus massive (par exemple, Wokpa, un des plus gros villages non officiels de la sous-préfecture, n'a été fondé qu'en 1972; et encore ne s'agissait-il à l'origine que d'une modeste "ferme"). Deux régions principales alimentent ce mouvement migratoire: l'Atacora, au nord-ouest du Bénin et le sud, sud-est du Bénin (moitié sud du département du Zou et département du Mono). L'Atacora est une région de montagnes basses, avec des terres pentues, érodées, très caillouteuses et localement densément peuplées. Le sud du Zou et le Mono constituent une zone agricole très densément peuplée, où la pression foncière est forte et les sols de plus en plus dégradés du fait du raccourcissement ou la suppression des périodes de jachère. Les jeunes agriculteurs de ces deux régions partent donc tenter leur chance dans le Zou-Nord et au sud des deux départements septentrionaux (le Borgou et l'Atacora). Ils commencent alors souvent par travailler comme manoeuvres agricoles payés à la tâche sur les champs d'autochtones ou aident un parent déjà établi, puis, après une ou deux saisons, s'installent à leur compte. Hameaux et petits villages de colonisation agricole sont ethniquement homogènes. Par contre, certains gros villages du nord-est de la sous-préfecture connaissent un très grand brassage de population. A la fin des années 1980, il n'y avait pas moins d'une douzaine d'ethnies à Kilibo Gare, ce qui peut poser problème pour mener une action communautaire. Quoique les *Nagot* soient minoritaires dans ces gros villages, leur langue y est devenue la langue véhiculaire, car les diverses ethnies de l'Atacora ne se comprennent pas entre elles.

La catégorie ethnique *fon* recouvre trois populations distinctes dans la sous-préfecture de Ouessè. Il y a tout d'abord quelques fonctionnaires¹ et commerçants dispersés dans toute la sous-préfecture, mais surtout présents dans les petits centres. Il y a ensuite quelques hameaux et villages de colons agricoles *fon*, dont Wokpa, au sud de Vossa, est le principal. Il y a finalement, et sans doute surtout, certains habitants de l'ouest de la sous-préfecture (et de Botti Houegbo, à l'Est) qui, bien que très probablement *mahi*, préfèrent se dire *fon*. Ce cas de figure est assez fréquent dans la commune de Laminou, au sein de l'agglomération de Ouessè.

Parmi la catégorie ethnique "autres", signalons les *Basa* du village de Gbédé. Il s'agit d'un groupe ethnique proche des *Ashanti*, qui a émigré du Ghana à une date inconnue de nous, mais avant la grande vague d'immigration récente signalée plus haut. Il existe seulement trois villages *basa* au Bénin, tous dans le Zou. Bien que l'endogamie ethnique prédomine à Gbédé, les mariages avec les *Nagot* voisins ne sont pas rares. Mentionnons encore des *Adja* du département du Mono, établis notamment près de Kokoro.

¹ Les *Fon* sont très présents dans la fonction publique, du fait de leur poids démographique, mais aussi du développement plus ancien d'une élite intellectuelle dans le Sud à prédominance *fon*, plus urbain et scolarisé plus tôt par les colonisateurs.

L'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè comptait presque 38 % de *Mahi* en 1992 (environ 19'500 personnes), 34 % de *Nagot* (17'600 personnes), 12 % de personnes originaires de l'Atacora représentant des nombreuses ethnies (6'300 personnes), 7 % de *Fon* (3'700 personnes), plus de 4 % de *Peul* (2'300 personnes) et 5 % de diverses autres ethnies (2'500 personnes, cf. Figure 12). Les deux ethnies autochtones et majoritaires constituent ensemble 72 % du total des habitants. En tenant compte du fait qu'une partie des *Fon* sont en fait des *Mahi*, les autochtones représentent plus des trois quarts des habitants de la sous-préfecture.

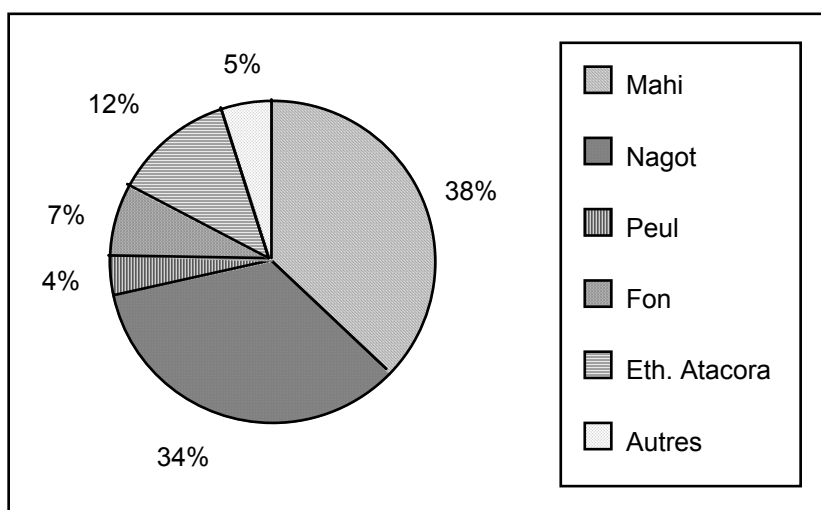


Figure 12 Structure ethnique de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de la population de 1992).

Comme le montre la Figure 13, les groupes ethniques se répartissent très inégalement entre les deux moitiés de la sous-préfecture. Les *Mahi* constituent 74 % des habitants de l'Ouest, mais seulement 1 % de ceux de l'Est. Ces valeurs sont par contre de respectivement 7 et 61 % pour les *Nagot*. Les *Peul* représentent moins de 3 % des habitants de l'Ouest, contre 6 % de ceux de l'Est. Comme la population totale est égale dans ces deux parties de la sous-préfecture, ces valeurs sont directement comparables: les *Peul* sont deux fois plus nombreux à l'Est qu'à l'Ouest. Les *Fon* sont par contre plus nombreux à l'Ouest, en partie parce qu'on y trouve la quasi totalité des *Mahi*, dont une minorité se dit *fon*. Ils constituent 9 % des habitants de l'Ouest et plus de 5 % de ceux de l'Est. Les immigrés de l'Atacora sont cinq fois plus nombreux à l'Est qu'à l'Ouest (20 % des habitants de l'Est contre 4 % de ceux de l'Ouest). Les diverses autres ethnies sont également plus nombreuses à l'Est qu'à l'Ouest (6 % contre presque 4 %).

L'ouest de la sous-préfecture est donc ethniquement plus homogène que l'Est. Une seule ethnie, que l'on ne retrouve pour ainsi dire pas dans l'Est, y prédomine largement, constituant environ les trois quarts de la population, sans parler des *Fon*, leurs proches parents, qui y constituent le deuxième groupe ethnique. A l'Est, l'ethnie majoritaire constitue moins des deux tiers de la population et le deuxième "groupe ethnique" (l'ensemble des ressortissants de l'Atacora), très hétérogène, un cinquième. Les *Nagot* constituent une minorité non négligeable des habitants de l'Ouest, concentrée dans deux villages *nagot* à 90 % (Attata et Idadjo, qui "encadrent" les villages *mahi* à l'est et à l'ouest), et dans trois des villages de la commune de Ouessè constituant l'agglomération de Ouessè.

La structure ethnique à l'échelle communale reproduit en gros celle de la région dont elle relève (cf. Figure 13). Mais même au sein de chacune de ces régions, on assiste à certaines variations importantes d'une commune à l'autre. Ainsi, la commune de Ouessè est de loin la plus cosmopolite de l'Ouest. Constituant le coeur d'une agglomération de taille respectable (12'500 habitants en 1992) et chef-lieu de sous-préfecture, cette commune attire de nombreux allochtones: fonctionnaires, commerçants, artisans... Les *Mahi* n'y constituent que la moitié de la population, suivis par les *Fon* (un cinquième), les *Nagot* (16 %) et la catégorie "autres ethnies" (9 %). Les communes de Laminou, Odougba et Djegbé sont par contre beaucoup plus homogènes, avec de 82 à 92 % de *Mahi* en moyenne. La commune de Gbanlin est caractérisée par une forte minorité de

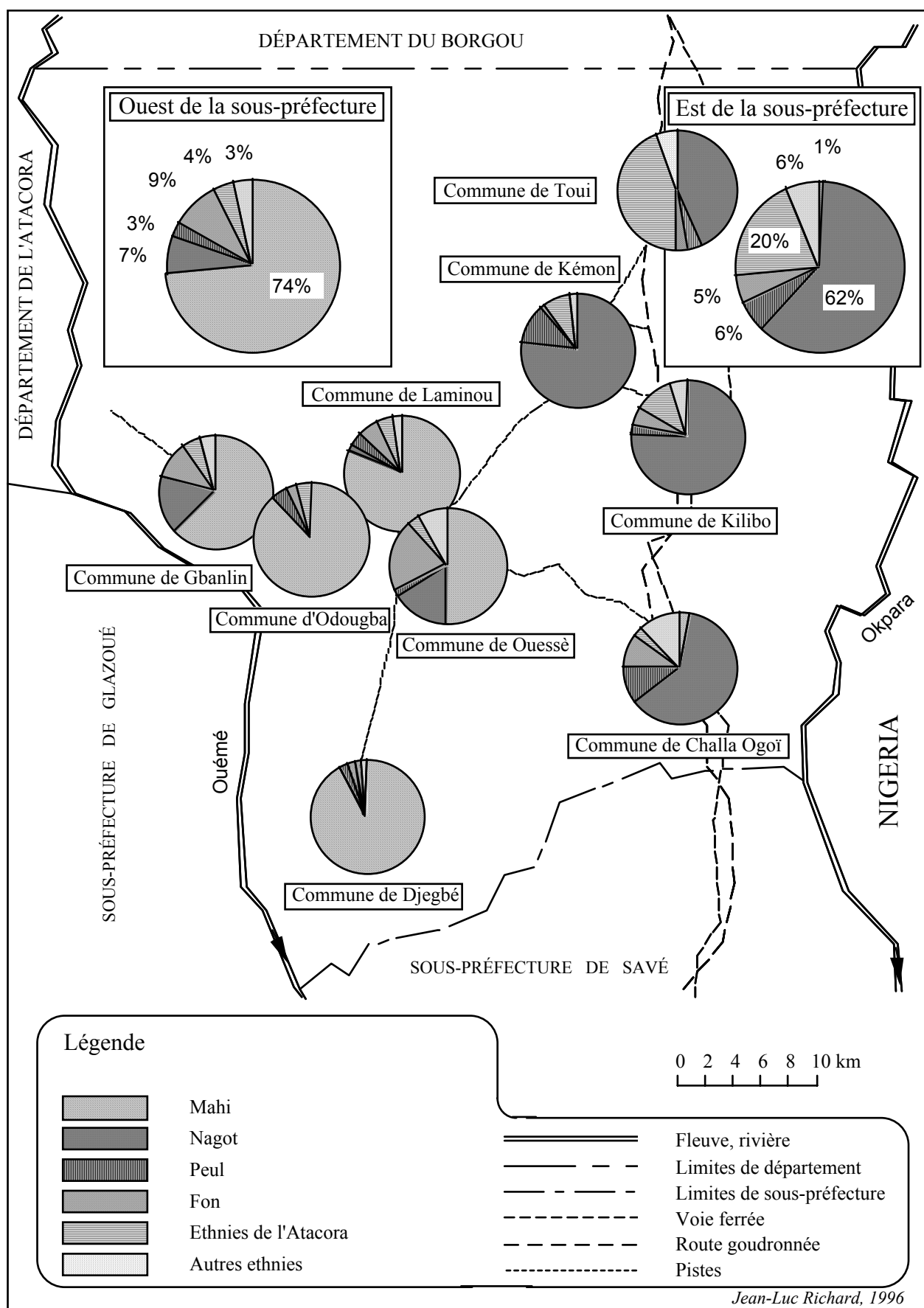


Figure 13 Structure ethnique des communes de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de la population de 1992).

Nagot (17 %). Mais ceux-ci sont tous concentrés dans le village *nagot* d'Idadjo. Il en va de même de la forte minorité de *Fon* (11 %), surtout due à la présence d'un gros village de colons *fon*, Wokpa, au sud de Vossa.

Pour l'est de la sous-préfecture, la commune de Toui se démarque nettement des trois autres par l'importance des ressortissants de l'Atocora (44 %), déjà plus nombreux en 1992 que les autochtones *nagot* (43 %). Les communes de Kémon et de Kilibo sont les plus homogènes de l'Est, avec les trois quarts de leurs habitants *nagot*. La commune de Challa Ogoï se distingue par une proportion élevée de *Peul* (presque 12 %). Elle compte aussi beaucoup plus de *Fon* et de *Mahi* que les autres communes de l'Est (13 %). Cela est essentiellement dû à la présence d'un village *mahi*, Botti Houegbo, dont les habitants se sont déclarés tantôt *fon*, tantôt *mahi*. Cette commune abrite aussi beaucoup de personnes d'autres ethnies (12 %). Il s'agit surtout des *Basa* de Gbédé, mais aussi de colons *Adja*, sur le terroir de Kokoro. Les ressortissants de l'Atocora y sont par contre presque absents.

Pour la structure ethnique à l'échelle des villages, nous nous contenterons de signaler quelques particularités saillantes, non encore relevées. Dans quelques villages de l'Est, les ressortissants de l'Atocora sont particulièrement nombreux: Toui Gare (75 %), Toui PK (72 %), Kilibo Gare (55 %) et Ogoutédo (34 %). Il s'ensuit que dans les trois premiers villages cités les autochtones sont très minoritaires (de 11 à 13 %). Les *Peul* constituent une minorité importante dans – ou plus exactement autour de – quelques petits villages de l'Est: 26 % à Kombon, 22 % à Akpéro, 19 % à Gbédé et 12 % à Botti Houegbo. Mais en valeur absolue, la plus forte population *peul* se situe autour des agglomérations de Ouessè et d'Odougba (Ouest), ainsi que près de Kémon, Akpéro et Kombon (Est). Deux villages de l'Est, sur la voie ferrée, accueillent une proportion élevée de *Fon*: Kilibo Gare (26 %) et Kokoro (15 %).

Près d'un quart des habitants de la sous-préfecture n'y sont pas nés. Huit pour cent des habitants sont nés dans une autre sous-préfecture du Zou, autant dans le département de l'Atacora, 4 % ailleurs au Bénin et autant à l'étranger.

Seuls 17 % des habitants de l'Ouest ne sont pas nés dans la sous-préfecture, contre près du double (32 %) pour ceux de l'Est, ce qui confirme la plus grande hétérogénéité ethnique de cette partie de la sous-préfecture. Les habitants de l'Est nés dans l'Atacora sont 4,5 fois plus nombreux (proportionnellement et en valeurs absolues) que ceux de l'Ouest (13 contre 3 %), écart correspondant à celui relevé pour l'appartenance à une ethnie de l'Atacora. La proportion d'habitants nés ailleurs au Bénin que dans les départements du Zou et de l'Atacora est aussi plus élevée à l'Est qu'à l'Ouest (6 % contre 3 %). Il en va de même pour celle des habitants nés à l'étranger (5 % contre 3,5 %), mais pas pour celle des personnes nées dans une autre sous-préfecture du Zou (environ 8 % pour chacune des deux parties de la sous-préfecture).

Seuls environ 10 % des habitants de Djegbé, de Botti Houegbo et de l'agglomération d'Odougba ne sont pas nés dans la sous-préfecture de Ouessè. A l'autre extrémité, c'est le cas des deux tiers des habitants de Kilibo Gare. La proportion de personnes nées hors de la sous-préfecture est maximale le long de la voie ferrée, ce qui suggère qu'elle constitue un vecteur majeur de l'immigration.

La structure par village des lieux de naissance des habitants de la sous-préfecture correspond bien à leur structure ethnique actuelle. Cela implique que la plupart des allochtones ne sont pas nés dans la sous-préfecture et donc que l'immigration est très récente. Nous pouvons par exemple estimer que les deux tiers des habitants de la sous-préfecture appartenant à l'une des nombreuses ethnies de l'Atacora sont nées dans leur département d'origine.

Structure par religion des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

La littérature montre que l'affiliation religieuse peut constituer un déterminant des choix thérapeutiques (cf. partie IV, chap. 2a). Comme la sous-préfecture de Ouessè offre une grande diversité confessionnelle et que la foi s'y exprime avec une grande ferveur, nous avons testé l'influence de la religion sur les comportements thérapeutiques (cf. partie IV, chap. 2a). Il est donc nécessaire de présenter l'importance numérique et la répartition des différentes religions au sein de la sous-préfecture de Ouessè.

Le *vodun*, religion traditionnelle, n'est plus suivi que par 15 % de la population de la sous-préfecture (cf. Figure 14). La religion la plus représentée est le catholicisme, avec 32 % de la population, suivi par l'islam (moins de 18 %). Les protestants rassemblent 8 % de la population et diverses autres religions chrétiennes (Eglise du christianisme céleste, Eglise de la renaissance de l'homme en Christ...) ou américaine (adventistes du 7^e jour...) comptent plus de 10 % de fidèles. Diverses autres religions rassemblent encore moins de 2 % de la population. Aussi étonnant que cela paraisse au vu des foules et de la grande ferveur caractérisant les manifestations religieuses, tout comme de l'incapacité fréquente au Bénin à imaginer qu'une personne n'ait pas de religion, 15 % des habitants de la sous-préfecture se déclarent sans religion.

Les différentes religions pèsent d'un poids très variable dans l'est et dans l'ouest de la sous-préfecture (cf. Figure 15). Ainsi, les adeptes du *vodun* constituent 28 % des habitants de l'Ouest contre seulement 2 % de ceux de l'Est. Il en va de même pour les autres religions chrétiennes (18 % contre 2 %) et l'absence de toute religion (25 % contre 4 %). A l'inverse, l'islam est beaucoup plus présent à l'Est qu'à l'Ouest (31 % contre 4 %), de même que le catholicisme (42 % contre 22 %) et le protestantisme (près de 15 % contre 2 %). En définitive, près de quatre habitants de l'Est sur cinq sont des chrétiens relevant des grandes églises européennes (catholique et protestante) ou des musulmans, alors que l'affiliation religieuse est plus diversifiée à l'Ouest: un gros quart de *vodunsi* (adeptes du *vodun*), un quart de sans religion, un petit quart de catholiques et de protestants et près d'un cinquième d'adeptes d'autres religions chrétiennes.

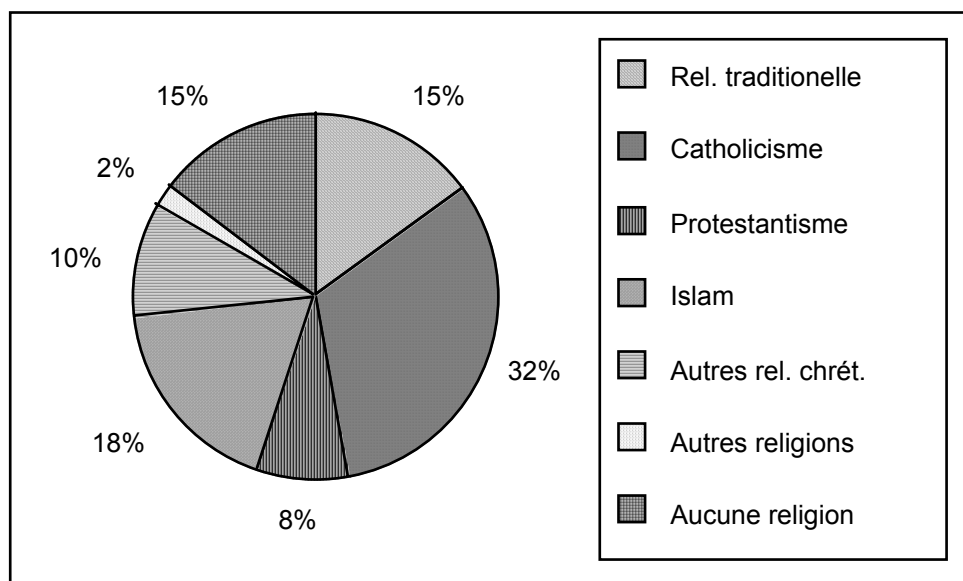


Figure 14 Structure religieuse des habitants de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de la population de 1992).

Cette opposition entre l'Est et l'Ouest ne suffit cependant pas à rendre compte de la grande diversité de la structure des religions de la sous-préfecture, dès lors que l'on examine la situation à une échelle plus fine, communes et localités. Au sein de chaque localité, une, deux, rarement trois religions se partagent l'essentiel de la population. La religion majoritaire dans deux villages voisins est souvent différente. Tout se passe comme si la conversion à une religion s'effectue sur une base communautaire ou familiale. Par exemple, les adventistes sont très minoritaires à l'échelle de la sous-préfecture. Mais ils sont concentrés à Tosso et dans l'agglomération d'Odougba, où ils constituent une proportion importante des habitants, voire la majorité à Tosso. Il prévaut donc une grande diversité religieuse entre les villages de la sous-préfecture, mais aussi parfois à l'intérieur de chacun d'eux. Nous en voulons pour preuve qu'Idadjo, le village le plus homogène de la sous-préfecture sur le plan religieux compte tout de même un quart de non catholiques, relevant d'ailleurs de plusieurs religions.

Le *vodun* est surtout présent dans les communes de Laminou et d'Odougba (environ 37 % de la population) et, dans une moindre mesure, dans celle de Djegbé (28 %) et de Gbanlin (21 %). Les catholiques sont très présents dans les communes de Challa Ogoï, Kémon, Kilibo et Ouessè (de 44 à 52 %) et, dans une moindre mesure, dans celles de Toui et de Gbanlin (respectivement 33 et 29 %). L'islam est fréquent dans les quatre communes de l'Est (de 23 à 41 %). Il est le mieux représenté dans la commune de Toui, qui compte une forte proportion d'immigrés, souvent musulmans, venus de l'Atocora. C'est d'ailleurs à Toui PK, Toui Gare et Ogoutédo que l'on rencontre les proportions les plus fortes de musulmans de toute la sous-préfecture (respectivement 61, 54 et 34 %, rejoints par Kombon (62 %) et Akpéro (51 %) deux villages ayant une forte minorité de *Peul*, généralement musulmans). Les autres religions chrétiennes sont bien implantées dans les communes de Gbanlin et d'Odougba (plus de 30 %), mais aussi dans celles de Djegbé (22 %) et de Laminou (10 %). A voir la floraison de plusieurs églises dans l'agglomération de Ouessè entre 1992, date du recensement, et 1995, lors de notre dernier séjour, il ne fait pas de doute que les chiffres donnés pour ces religions sont aujourd'hui largement dépassés dans les communes de Ouessè, Laminou et Odougba. Les protestants sont proportionnellement les plus nombreux dans la commune de Kilibo (20 %). Ils constituent aussi des minorités importantes dans les trois autres communes de l'Est (de 10 à 15 %). Plus de quatre habitants sur dix de la commune de Djegbé se sont déclarés sans religion, de même qu'un habitant sur trois de la commune de Laminou et un sur cinq de celle d'Odougba.

Il existe une certaine association entre l'appartenance ethnique et la religion. Ainsi, les 14 premiers villages enregistrant la plus forte proportion de catholiques sont à majorité *nagot* ou pour le moins localisés dans la zone *nagot*, même si les immigrés y sont parfois majoritaires. Il est à cet égard significatif que les deux seuls villages *nagot* de l'Ouest soient aussi très majoritairement catholiques. Le protestantisme est surtout présent dans les villages *nagot*, mais de manière très inégale. Ils sont les plus nombreux, en valeurs relatives et absolues, dans deux des trois plus gros bourgs *nagot*: Kilibo et Toui. Les plus fortes proportions de protestants se trouvent dans les villages localisés au bord de la route goudronnée. L'islam est majoritaire chez les *Peul* et les immigrés de l'Atocora. Il est bien représenté parmi les *Nagot*, mais nettement après le catholicisme. La pratique du *vodun* est liée au groupe ethnique *mahi*. Tous les villages *mahi* ont une proportion de *vodunsi* bien supérieure à celle de n'importe quel village *nagot* (ou de la zone *nagot*). Cela est également vrai pour Botti Houegbo, seul village *mahi* enclavé en zone *nagot*. Les "autres religions chrétiennes" sont également liées à ce groupe ethnique. Elles sont particulièrement bien représentées à Tosso (66 %), Vossa (42 %), Odougba (30 %), Gbanlin (29 %) et Djegbé (22 %). L'absence de toute religion, du moins déclarée, est un phénomène particulièrement lié aux *Mahi*, mais aussi, dans une moindre mesure, aux villages essentiellement peuplés d'immigrés (Toui PK, Toui Gare et Kilibo Gare, avec 10 à 20 % de personnes se déclarant sans religion).

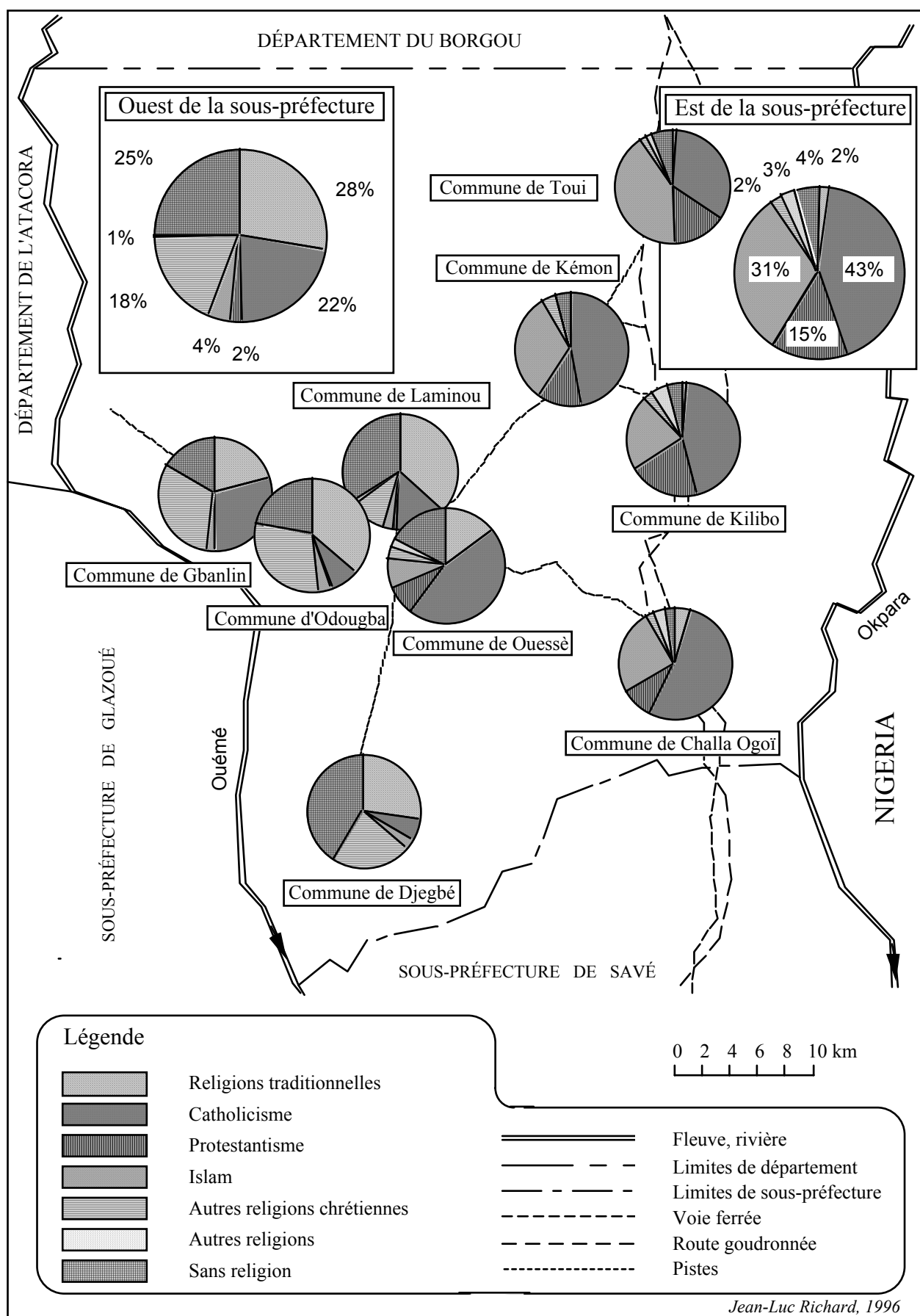


Figure 15

Structure religieuse des communes de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de la population de 1992).

Niveau scolaire des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

Le niveau d'éducation scolaire est souvent considéré dans la littérature comme un des déterminants importants des attitudes et comportements face à la maladie, les personnes scolarisées ou les plus scolarisées ayant tendance à être moins souvent malades et à recourir plus souvent aux services de santé en cas de besoin (cf. références dans partie IV, chap. 2a). Un bas niveau scolaire ou l'absence de toute scolarisation peuvent donc a priori être considérés comme un facteur de risque pour la santé et son recouvrement. Il convient donc d'examiner le statut scolaire des habitants de la sous-préfecture et, le cas échéant, de mettre en évidence les villages ou les zones où cet indicateur est particulièrement mauvais.

Le recensement national de la population de 1992 indique par village le nombre de personnes de plus de trois ans qui fréquentaient l'école au moment de l'enquête (plus de 10 % pour la sous-préfecture de Ouessè), qui l'avaient fréquentée (pendant une durée indéterminée; 14 %) et qui ne l'avaient jamais fréquenté (76 %). Ainsi, plus des trois quarts de la population de plus de trois ans n'a jamais fréquenté l'école, dont une partie parce qu'elle est encore trop jeune (des enfants de 3 à 6 ans). La proportion de la population de plus de trois ans ayant fréquenté l'école est un peu plus élevée à l'Est qu'à l'Ouest (13 % contre 9 %), de même que celle des personnes fréquentant l'école (plus de 14 % contre 13 %). C'est donc 73 % des habitants de l'Est (de plus de 3 ans) et plus de 78 % de ceux de l'Ouest qui ne sont jamais allés à l'école.

Le niveau de scolarisation moyen est donc fort bas et cela d'autant plus qu'une ou deux années d'école suffisent, selon cet indicateur, à ranger une personne parmi celles qui ont fréquenté l'école. Selon le recensement de 1992 (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993), 71,4 % des Béninois de plus de trois ans et 72,3 % des habitants du Zou n'ont jamais fréquenté l'école. Le département du Zou se situe donc près de la moyenne nationale, entre les départements les mieux scolarisés (Atlantique 51,5 % et Ouémé 69,2 %) et les départements les moins scolarisés (Mono 78,1 %, Borgou 83,1 % et Atacora 84,9 %). À l'exception du département du Mono, il y a donc un gradient sud-nord pour le niveau d'instruction. Située à l'extrême nord du Zou, à la frontière du Borgou, la sous-préfecture de Ouessè s'inscrit parfaitement sur ce gradient, avec presque 76 % de personnes de plus de trois ans n'ayant jamais fréquenté l'école, soit une valeur entre les moyennes de ces deux départements.

Selon la même source, l'accès à l'école reste largement un privilège masculin. Pour le département du Zou, les femmes ne représentent que 36 % des personnes qui ont fréquenté l'école et 33 % de celles qui la fréquentaient lors du recensement, de sorte que 60 % des personnes de plus de trois ans qui n'ont jamais fréquenté l'école sont des femmes. Nous ne disposons pas des données par sexe pour la sous-préfecture de Ouessè.

Voyons le détail, par commune de la sous-préfecture, de la proportion des personnes de plus de trois ans qui n'ont jamais fréquenté l'école. Près de 90 % des habitants de la commune de Djegbé et 85 % de celle d'Odougba sont dans ce cas. Les communes de Gbanlin, Laminou et Toui se situent également au-dessus de la moyenne, avec environ 80 %. Celle de Kémon (75 %) est proche de la moyenne, alors que celles de Ouessè, Kilibo et Challa Ogoï en sont au-dessous (63 à 70 %). En général, les communes de l'Est sont donc plus scolarisées que celles de l'Ouest. Il existe cependant deux exceptions. La commune de Toui, dans l'Est, a une proportion qui la rapproche des communes de l'Ouest. Il faut y voir le poids des immigrés, très peu scolarisés si l'on en croit la proportion de scolarisés pour le département de l'Atacora. D'autre part, la commune de Ouessè, à l'Ouest, enregistre la plus faible proportion de non scolarisés de toute la sous-préfecture, suivie de très près par celle de Kilibo. Ces deux communes abritent les deux pôles "urbains" de la sous-préfecture. L'accessibilité des écoles y est très bonne car presque toute la population y est concentrée dans des localités dotées d'écoles. De plus, les

agglomérations de Ouessè et de Kilibo sont les seules localités de la sous-préfecture ayant une école secondaire. Remarquons toutefois que la commune de Laminou, également incluse dans l'agglomération de Ouessè, offre une proportion élevée de non scolarisés; peut-être parce qu'elle abrite plus de *Peul* et moins de fonctionnaires que la commune de Ouessè.

La Figure 16 donne le détail par localité de la proportion des habitants de plus de trois ans qui ne sont jamais allés à l'école. Les valeurs extrêmes vont de 62 %, à Kilibo et Attata, à 90 %, à Djegbé. A l'exception notoire d'Attata, la proportion de personnes non scolarisées est moyenne à élevée dans les localités de l'Ouest. A l'Est, la situation est très diversifiée. Les villages majoritairement peuplés de *Nagot* ont une proportion de non scolarisés relativement basse. C'est particulièrement le cas de la plupart des villages des deux communes du sud-est. Au nord-est par contre, la présence massive d'immigrés de l'Atacora débouche sur des proportions élevées de non scolarisés. Pour les villages d'Akpéro et de Kombon, c'est plutôt l'importante présence *peul* qui explique ces proportions élevées.

La carte (non illustrée dans cette thèse) montrant la proportion par localité des personnes de plus de trois ans sachant lire et écrire en français constitue largement le négatif de la Figure 16. Environ 17 % des habitants de la sous-préfecture savent lire et écrire en français, sans parler d'un gros pour cent de personnes alphabétisées en langues nationales seules ou en langues nationales et en français. Conformément à la proportion de personnes scolarisées, celle de personnes lisant et écrivant en français est plus élevée à l'Est qu'à l'Ouest (respectivement 20 et 14 %). Les variations d'une localité à l'autre sont par contre considérables, l'éventail s'ouvrant de 7 à 34 %. Cette proportion est de 23,2 % pour l'ensemble du Bénin et de 24,8 % pour le département du Zou (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993).

Profession des habitants de la sous-préfecture de Ouessè

L'activité professionnelle est très souvent retenue comme une des variables d'étude, dans la littérature s'attachant aux déterminants de la santé ou à ceux des comportements de recherche de soins de santé. Nous vérifierons par la suite (cf. partie IV, chap. 2a) si cet indicateur est effectivement associé à des comportements de recherche de soins particuliers dans la sous-préfecture de Ouessè. Nul n'est besoin d'ouvrir un annuaire statistique pour savoir que l'écrasante majorité des actifs de la sous-préfecture de Ouessè sont des agriculteurs (ou, beaucoup plus rarement, des éleveurs). Malgré le caractère peu discriminant de cet indicateur, il est utile d'examiner si certains secteurs de cette sous-préfecture se caractérisent par une structure professionnelle particulière.

Le recensement national de la population de 1992 distingue les professions scientifiques, les professions libérales et assimilées, les fonctions de direction et de cadres de l'administration supérieure et les employés et agents de bureau, que nous avons regroupé en une catégorie unique – les professions du tertiaire supérieur formel –, vu leur faiblesse numérique dans la sous-préfecture de Ouessè. Le recensement distingue encore les professions commerciales, les paysans et pêcheurs, les ouvriers non agricoles et les artisans, les employés des transports et finalement les manoeuvres. Comme ces derniers ne constituent que 0,3 % de la population résidente active de 10 ans et plus de la sous-préfecture, nous les avons regroupés avec les ouvriers non agricoles et les artisans, bien qu'une partie de ces manoeuvres soient sans doute des manoeuvres agricoles. Comme cette statistique s'intéresse à la profession de la population des deux sexes de 10 ans et plus, on y trouve aussi de nombreux inactifs (écoliers, étudiants, ménagères et vieillards n'ayant aucune activité hors du foyer). Nous les avons retranché du collectif des personnes de 10 ans et plus, ainsi que le petit nombre de cas non définis ou inclassables, de sorte que le total considéré ne concerne que des actifs à la profession définie (soit 73,6 % du collectif des plus de 10 ans).

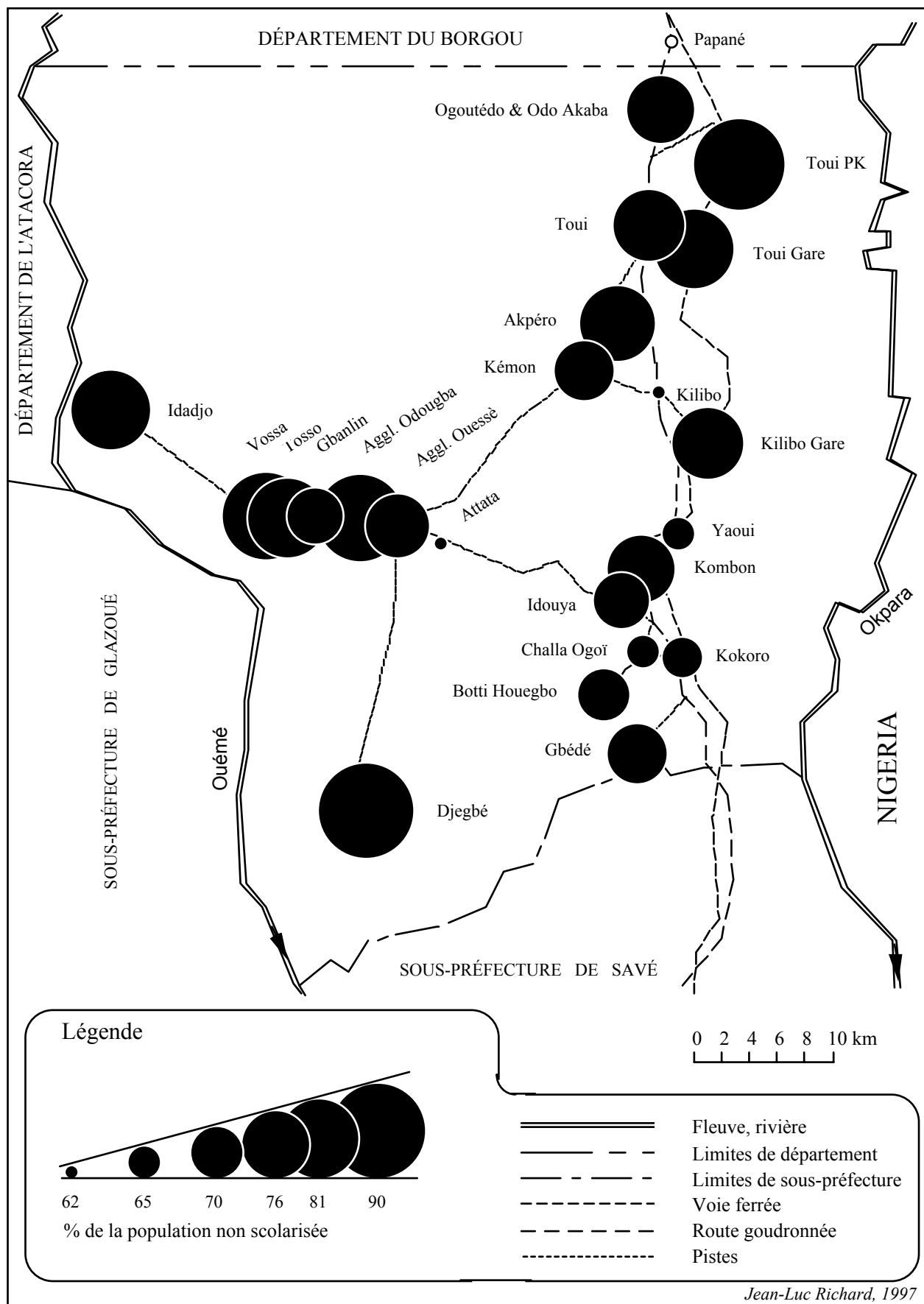


Figure 16

Proportion de la population de plus de 3 ans qui n'est jamais allée à l'école par localité de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de 1992).

Presque quatre cinquièmes des actifs de la sous-préfecture sont des agriculteurs (79,1 %), 10 % des commerçants et vendeurs, 7,4 % des ouvriers non agricoles, des artisans ou des manoeuvres, 1,7 % des professionnels du tertiaire supérieur formel et autant des transporteurs. Pour l'ensemble du Bénin, ces proportions sont de 57 % pour les agriculteurs (67,7 % pour le département du Zou), 21,2 % (15,3 %) pour les professions commerciales, 13 % (11 %) pour les ouvriers et artisans, 3,4 % (2,5 %) pour le tertiaire supérieur formel, 2,5 % (1,9 %) pour les transporteurs et 2,9 % (1,6 %) pour les personnels d'entretien et autres professions. Ces proportions indiquent que la sous-préfecture de Ouessè est nettement plus agricole que l'ensemble du Bénin et même que le département du Zou, dont elle relève. Comme partout les professions commerciales y arrivent en deuxième position, mais dans une proportion n'atteignant pas la moitié de celle du Bénin. Les ouvriers et artisans viennent en troisième position, comme pour le Bénin et le Zou, mais à un niveau presque deux fois moins élevé que la moyenne nationale.

L'ouest de la sous-préfecture est plus profondément agricole encore que l'est, avec 82,4 % d'agriculteurs parmi les actifs, contre 75,3 %. Cet écart est compensé par une proportion plus élevée de commerçants et vendeurs à l'Est (12,7 % contre 7,8 %) et, dans une moindre mesure, d'ouvriers et d'artisans (8,3 % contre 6,6 %). Les trois communes les plus à l'ouest et au sud-ouest de la sous-préfecture – Gbanlin, Odougba et Djegbé – sont les plus agricoles, avec 90 à 93 % de paysans, et même 95 à 96 % pour les villages de Tosso et Vossa. La commune de Ouessè, au sein de la plus grande agglomération de la sous-préfecture, enregistre la proportion de paysans la plus faible de toute la sous-préfecture (60,2 %). Laminou, deuxième commune de cette agglomération se situe dans une position intermédiaire (82,2 %), entre la commune de Ouessè et les trois autres communes de l'Ouest. A l'Est, la commune de Toui est de loin la plus agricole (84,2 %). Il s'agit de la commune accueillant la plus forte proportion d'immigrés, essentiellement des colons agricoles (environ 90 % de paysans à Toui PK et à Toui Gare, les deux villages de la commune avec le plus d'immigrés). Les trois autres communes de l'Est comptent de 69 à 75 % de paysans.

La commune de Ouessè enregistre le plus de commerçants, en valeurs absolue et relative (20,5 %), suivie par celles de Challa Ogoï et de Kémon (15,5 %) et de Kilibo (13,8 %). Les ouvriers, artisans et manoeuvres sont relativement nombreux dans les communes de Ouessè (13,2 %), Kilibo (12,4 %) et Kémon (9,6 %). Ces mêmes communes comptent aussi le plus de transporteurs (2,5 à 3 %) et de professionnels du secteur tertiaire supérieur formel (2,3 à 3,6 %).

Cette description de la structure des actifs par grande catégorie professionnelles fait émerger trois ou quatre communes, dont les activités sont un peu plus diversifiées que celles des autres: Ouessè (40 % d'actifs non agriculteurs, pour une moyenne de 21 % pour l'ensemble de la sous-préfecture), Kilibo et Challa Ogoï (31 % chacune), et, plus près de la moyenne, Kémon (25 %). Les deux premières communes présentent un caractère plus urbain que les autres, par les agglomérations qu'elles abritent. Il est toutefois à remarquer que la commune de Laminou, plus peuplée que celle de Ouessè et dont tous les villages sont rassemblés au sein de l'agglomération de Ouessè, participe moins à cette amorce de caractère urbain que celle de Ouessè. Cela est encore plus vrai de l'agglomération d'Odougba, deuxième localité de la sous-préfecture devant celle de Kilibo (environ 5'200 habitants contre 4'600), qui reste l'une des plus agricoles de la sous-préfecture. Il est possible que la proximité de l'agglomération de Ouessè (2 fois et demie plus grande, à seulement 3 kilomètres) y entrave toute velléité de diversification. Bien que de taille inférieure, l'agglomération de Kilibo constitue la "capitale" économique et commerciale de l'Est, bien située à un carrefour nord-sud (route goudronnée internationale) et est-ouest (piste du trafic est-ouest, du Nigeria au Togo, constituant aussi un des deux débouchés de l'Ouest sur la route goudronnée), et de plus pas très loin d'une gare.

D'une manière générale, les chefs-lieux de commune comptent une proportion plus faible de paysans que les autres villages des communes. La proportion la plus faible est toutefois enregistrée dans le village de Kokoro (53 %), en compétition avec Challa Ogoï pour la prééminence au sein de la commune de Challa Ogoï. Puis viennent le noyau de l'agglomération de Ouessè (seulement les quatre villages de la commune de Ouessè rassemblés dans l'agglomération) et l'agglomération de Kilibo (57 % chacune), puis Challa Ogoï et Kémon (73 %). Ces mêmes localités sont par contre celles abritant le plus de commerçants et de vendeurs (de 10 à 18 % et même 26 % à Kokoro), rejointes toutefois par Gbédé, Toui et Ogoutédo. Ouvriers et artisans sont relativement nombreux à Challa Ogoï, Gbédé, Kokoro, Kilibo et Ouessè (de 10 à 17 %). Les transporteurs sont relativement bien représentés à Kokoro, Kilibo et Gbanlin (4 à 5 %).

Avec presque quatre actifs sur cinq pratiquant l'agriculture à titre principal, sans parler de la plupart des autres actifs qui cultivent ou font cultiver un champ, à titre accessoire, la sous-préfecture de Ouessè présente un caractère profondément rural et agricole. Même dans les plus grandes agglomérations de la sous-préfecture, plus de la moitié des actifs sont des agriculteurs. La présence de nombreux colons allochtones sur les confins des terroirs villageois renforce ce double caractère rural et agricole. Le rythme de vie économique et social de la sous-préfecture, ainsi que les revenus, sont donc dictés par le calendrier agricole. Comme l'essentiel des clients des commerçants et artisans sont des agriculteurs, leurs revenus fluctuent aussi avec le calendrier agricole. En période de soudure, de juin à août, la plupart des paysans sont désargentés et n'ont plus rien à vendre. L'essentiel de l'argent encore disponible au printemps a été investi dans l'agriculture. De plus, ils consacrent presque tout leur temps à la production agricole, ne rentrant parfois pas au village durant plusieurs jours ou semaines d'affilée. C'est donc aussi une période de vaches maigres pour les autres catégories professionnelles, les rares fonctionnaires exceptés.

Ce caractère rural et agricole est toutefois un peu tempéré par les opportunités qu'offre la proximité du Nigeria. Environ un actif sur dix vit principalement du commerce et de la vente, en s'approvisionnant souvent au Nigeria. De nombreux agriculteurs s'adonnent aussi occasionnellement ou de manière saisonnière au commerce, comme activité annexe. Le trafic de marchandises et le transit de personnes et de marchandises constituent des sources de revenu tout en alimentant le marché local en biens d'équipement et de consommation "urbains", relativement bon marché avant la dévaluation du FCFA: ciment, fers à béton, tôles, motocyclettes, bicyclettes, pièces de rechange pour cycles, produits pétroliers, médicaments, cosmétiques, lessive, sucre, conserves, montres, lampes-tempête et lampes-torches, postes radio, vaisselle et batteries de cuisine émaillées, seaux en plastic...

Mode d'approvisionnement en eau

La source d'approvisionnement en eau est souvent considérée comme un bon indicateur de l'attitude d'une population envers l'hygiène ou la santé (cf. COPPO, PISANI et WALET OUMAR, 1990; VISSANDJÉE, 1997). Dans des régions aussi déshéritées que la sous-préfecture de Ouessè, le choix d'une source d'approvisionnement particulière ne doit pas être surinterprétée, dans la mesure où il résulte plus d'une offre limitée et peu diversifiée que d'une réelle préférence entre diverses sources possibles. La tendance générale est en effet de s'approvisionner au plus près, et il existe rarement diverses sources d'approvisionnement à des distances équivalentes. C'est donc presque toujours le point d'eau le plus proche qui est utilisé, quel qu'il soit, et le "choix" de l'un d'entre eux reflète essentiellement la disponibilité locale d'équipements hydrauliques collectifs ou d'eau de surface. Pour autant que nous ayons pu le constater, les forages privés sont inconnus et les puits privés fort rares. D'autre part, il semble qu'à distance équivalente les villageois préfèrent l'eau des forages ou des puits aux eaux de surface, bien que nous ayons vu, à quelques

centaines de mètres au sud du CSSP de Ouessè, quelques personnes s'approvisionnent dans une mare et ramener l'eau au village (pour quel usage?). Les enfants en ont profité pour se désaltérer.

Plus qu'un indicateur d'attitude, nous considérons la source d'approvisionnement en eau comme un indicateur de risque pour les maladies diarrhéiques, qui constituent l'une des grandes causes de morbidité et de mortalité au Bénin. Le recours aux eaux de surface, généralement lié à l'absence d'alternative (creuser un puits en semble rarement une, bien que la nappe phréatique soit souvent peu profonde), devrait déboucher sur une surmorbidity et, potentiellement, sur une surutilisation relative des services de santé, pour des diagnostics bien précis.

Notamment pour lutter contre la dracunculose (ver de Guinée) qui faisait de grands ravages dans la sous-préfecture, le PMSBS et l'UNICEF ont réalisé de nombreux forages dans les villages officiels de la sous-préfecture, au milieu des années 1980. Un système de maintenance des pompes avait également été mis sur pied, si bien que lors de nos différents séjours (de 1992 à 1995), la plupart d'entre elles étaient encore fonctionnelles et assuraient le gros de l'approvisionnement en eau de la sous-préfecture. Aucune localité ne possédait de système d'adduction d'eau potable, mais un tel système était en construction à Kilibo, au début de l'année 1995.

Le recensement de la population de 1992 indique la source d'approvisionnement en eau de chaque ménage de la sous-préfecture. Seule une source d'approvisionnement pouvait être indiquée. La réalité est cependant souvent plus complexe. Quelques puits (celui de Toui PK par exemple) tarissent en effet au plus fort de la saison sèche, alors que les besoins augmentent précisément à cette époque et que les eaux de surface résiduelles sont les plus pathogènes. D'autre part, les villageois partant pour la journée ou pour quelques jours aux champs s'approvisionnent presque toujours sur place, ruisseaux et rivières étant abondants, puisque l'on est alors dans la saison des pluies. De plus, il est fréquent que pendant la saison des pluies les villageois recueillent l'eau des toits, souillés par la poussière, par les pigeons et les lézards, qui vont et viennent entre le sol et le toit. Bien que cette eau ne soit généralement pas destinée à la boisson là où existent des puits ou des forages, elle constitue un certain risque potentiel. Au regard des risques sanitaires, la situation décrite par le recensement pêche donc certainement par surestimation des ménages considérés comme buvant une eau saine.

En 1992, 72 % des ménages s'approvisionnent à une pompe, 13 % à un puits, 14 % à une rivière ou à un marigot et moins d'un pour cent à une autre source, dont des citernes alimentées par l'eau de pluie. L'Ouest est beaucoup mieux pourvu en équipements hydrauliques que l'Est, puisque plus de 87 % des ménages y recourent à une pompe, 4 % à un puits et moins de 8 % aux eaux de surface, contre respectivement 54, 23 et 22 % pour l'Est.

La presque totalité (96 à 97 %) des habitants des communes de Ouessè et d'Odougba s'approvisionnent aux forages, tout comme plus des quatre cinquièmes des habitants des communes de Laminou et de Gbanlin, et trois quarts de ceux de Djegbé. La situation est moins bonne pour chacune des communes de l'Est: deux tiers des ménages des communes de Challa Ogoï et de Kilibo utilisent les pompes, la moitié de ceux de Kémon et seulement un bon tiers de ceux de Toui. Dans cinq villages, tous de l'Est, les forages desservent moins de la moitié des ménages: Toui Gare, Toui PK, Kombon (environ 10 % chacun), Idouya (25 %) et Kémon (44 %).

D'un point de vue sanitaire, l'eau des puits est souvent d'une moins bonne qualité que celle des forages. Tous les puits ne sont en effet pas cimentés et ils n'ont pas toujours de margelle et moins encore de couvercle. De plus, la nappe phréatique est parfois très proche de la surface. Les puits sont pour ainsi dire inconnus des communes de Djegbé, Gbanlin et Odougba et presque inconnus de celle de Ouessè. Moins de 2 % des ménages de cette dernière commune y recourent. A l'Ouest, ils n'ont une certaine importance que dans la commune de Laminou

(12 %). Pour les communes de l'Est, ils ne sont guère utilisés à Challa Ogoï (4 %), mais constituent la source d'approvisionnement d'un quart à un tiers des ménages des trois autres communes. Pour les puits, la situation par village est très tranchée. Les ménages de la plupart des villages n'en utilisent pas ou très peu, ceux d'Idouya les utilisent modérément (15 %), ceux de Toui, Kilibo et Kémon moyennement (de 36 à 39 %) et ceux de Toui Gare beaucoup (71 %).

La population la plus à risque, celle qui s'approvisionne en eaux de surface, se recrute surtout dans les communes de Toui (32 % des ménages de cette commune), de Challa Ogoï (27 %), de Djegbé (24 %) et, dans une moindre mesure, de Kémon et Gbanlin (environ 16 % chacune). Le risque est faible dans les communes de Ouessè, Odougba, Laminou et Kilibo (2 à 7 %). La Figure 17 indique la proportion de ménages par localité qui s'approvisionnent en eaux de surface. Les variations sont énormes: de 0 à 84 %. Cette carte confirme que la situation de l'Ouest est bonne, à l'exception de Gbanlin (13 %), Djegbé (25 %) et Vossa (29 %). La situation est par contre rarement bonne à l'Est (Kilibo et Challa Ogoï constituant les exceptions). Elle y est médiocre dans de nombreux villages (Gbédé, Botti Houegbo, Kokoro, Yaoui, Kémon, Akpéro et Toui (10 à 16 %) et mauvaise, voire très mauvaise, à Toui Gare, Kilibo Gare et Ogoutédo (environ 20 %), à Idouya (60 %) et à Toui PK et Kombon (environ 84 %).

Cette géographie de l'approvisionnement en eaux de surface ne relève pas du hasard. Il faut souvent descendre à une échelle plus fine encore que celle des villages officiels pour l'expliquer. D'une manière générale, la situation est bonne à acceptable dans les villages officiels où la presque totalité de la population est concentrée dans le village officiel lui-même. La plupart d'entre eux sont en effet bien équipés en puits et surtout en forages. La situation se dégrade par contre dès lors qu'augmente la proportion des ménages vivant à l'extérieur des villages officiels, sur le front de colonisation agricole¹. En d'autres termes, il y a une association entre la proportion d'immigrés et parfois de *Peul* relevant d'un village officiel et la proportion de ménages qui s'approvisionnent en eau de surface.

Par exemple pour Vossa, la moyenne de 29 % de ménages utilisant l'eau des rivières et marigots recouvre deux réalités bien distinctes: les habitants de Vossa centre n'utilisent pas une telle eau, alors que les colons *fon* de Wokpa et ceux de l'Atacora résidant dans d'autres "fermes" y recourent exclusivement, puisqu'ils n'ont reçu aucun équipement hydraulique (bien que ceux de Wokpa affirment avoir cotisé et payé en vain pour participer à la campagne de forage) et qu'ils ne savent pas, ou ne veulent pas, forer un puits. D'autres fois, comme à Djegbé construit sur une colline rocheuse, les équipements hydrauliques ne sont pas assez nombreux et productifs par rapport à la taille de la population. En plus des habitants des hameaux et fermes isolés, une partie des ménages du village centre s'approvisionnent alors aussi dans les rivières et marigots, au moins durant une partie de l'année. Le très mauvais approvisionnement en eau potable relevé à Toui PK s'explique largement par la faiblesse des équipements hydrauliques, pour une population au total nombreuse, mais très atomisée. Cela pose de grands problèmes d'accessibilité aux puits et forages, incitant les villageois à se contenter des eaux de surface, même s'ils sont souvent conscients qu'elles entretiennent la dracunculoze qui sévit encore modérément dans le nord-est de la sous-préfecture. La faible proportion d'approvisionnement en eau saine à Kombon résulte en partie de la présence d'une forte minorité *peul* vivant dans des hameaux à l'écart du village. Le cas d'Idouya nous laisse perplexe. A en croire le recensement, ce petit village dispose d'une pompe et d'au moins un puits (public?). De plus, la presque totalité de ses habitants sont concentrés dans le village même. Or 60 % des ménages utilisent des eaux de surface.

¹ Akpassonou et Hoindo (1994) ont estimé à 16'200 ha la surface du terroir *mahi* de la sous-préfecture de Ouessè en 1979 et à 35'400 ha en 1992, dont 81 % cultivés par des *Mahi*. Le terroir s'agrandit donc au rythme moyen de 6 % par an.

Il est clair qu'un recensement indiquant la provenance de l'eau par village ne saurait à lui seul expliquer tous les problèmes et particularités locaux. Des enquêtes spécifiques sur le terrain seraient nécessaires (inventaire des ressources, état des équipements hydrauliques, débit,

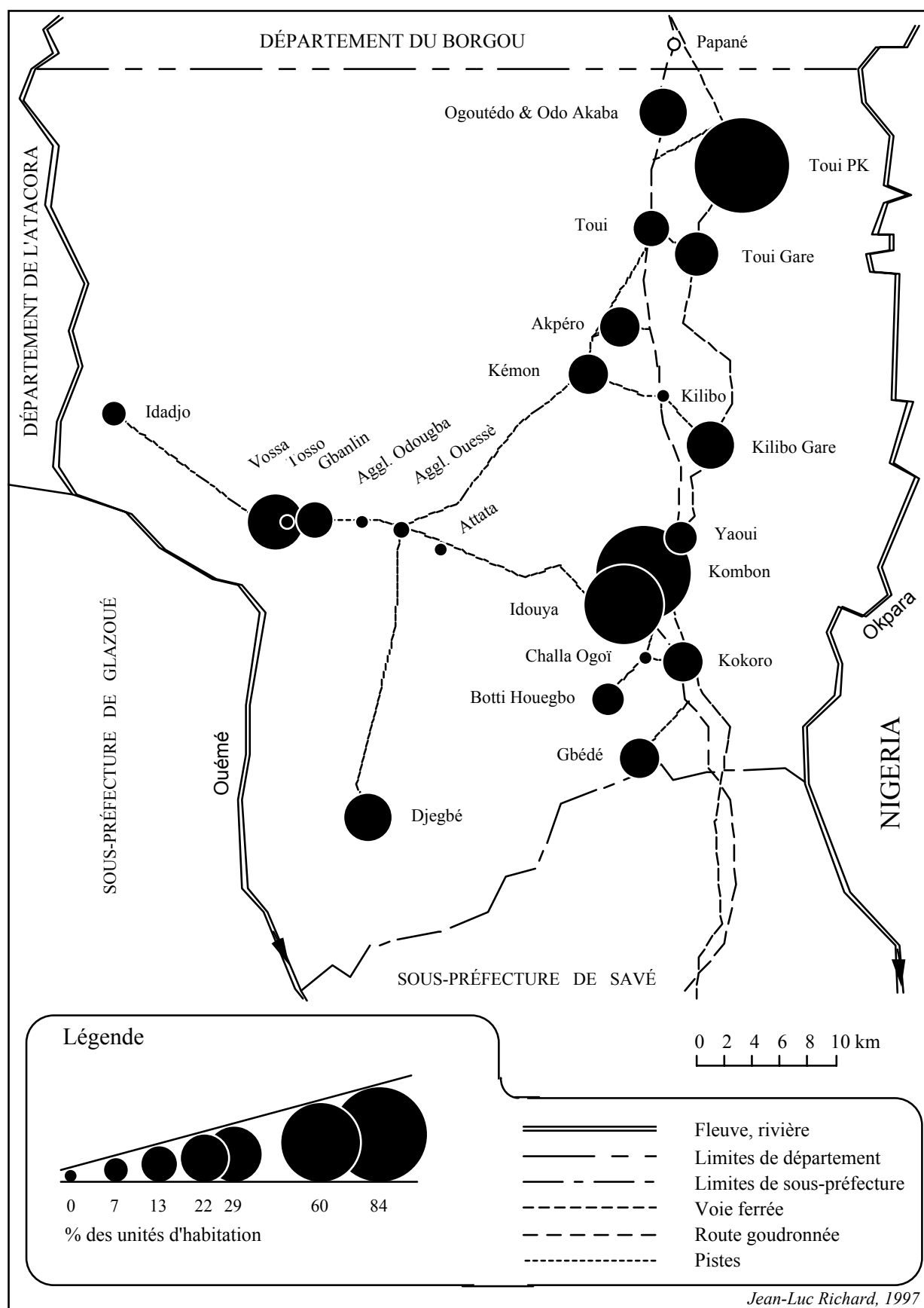


Figure 17

Proportion des unités d'habitation de la sous-préfecture s'approvisionnant en eau dans une rivière ou un marigot (source: recensement national de 1992).

tarissement saisonnier, charge humaine par point d'eau, accessibilité, conflits, statut juridique du point d'eau, goût de l'eau...). Il n'en demeure pas moins que si un tel recensement ne fournit pas les causes des problèmes, il les identifie et les localise, étapes indispensables à leur résolution.

Habitat

La nature de l'habitat – type de toit, de mur, de sol et densité par pièce – constitue un indicateur synthétique de richesse, d'attitude face à l'hygiène et de risque pour certaines maladies transmissibles. Le type de toit, de mur et de sol de la maison, ainsi que la densité d'occupants par pièce, sont plus particulièrement liés au niveau économique du ménage, et la densité d'occupants aux risques sanitaires (maladies diarrhéiques et maladies transmissibles par contact ou par proximité directe). Une localité populeuse, une forte densité d'habitations et d'habitants au sein des maisons peut par contre freiner la transmission de certaines maladies parasitaires, comme le paludisme, par dilution des piqûres dans la masse des habitants (SALEM, 1995).

Près des quatre cinquièmes des maisons d'habitation de la sous-préfecture de Ouessè possèdent un toit de tôle et un cinquième un toit de paille. Ces derniers sont plus rares dans la sous-préfecture qu'en moyenne nationale (28,4 %) et aussi nombreux que dans l'ensemble du Zou (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Les toits de tôle sont donc presque la règle dans la sous-préfecture. Une visite dans la plupart des villages officiels confirme d'ailleurs que presque tous les toits sont en tôle. Il faut s'éloigner de ces villages et visiter les fermes, les hameaux et les villages de colonisation agricole pour trouver des toits de paille. Là, la proportion s'inverse par rapport aux villages officiels et les toits de tôle sont exceptionnels. Par exemple, le village *fon* de Wokpa, fondé vingt ans avant notre dernier passage n'avait encore aucune maison avec un toit de tôle, alors qu'il atteignait la taille respectable d'environ 700 habitants.

Les toits de paille caractérisent donc les maisons des colons agricoles nouvellement installés dans la sous-préfecture et celles des jeunes *Peul*. La proportion de ces toits suit fidèlement celle des allochtones, ce qui explique leur prépondérance dans l'Est (31 % contre 12 % dans l'Ouest), tout particulièrement dans la commune de Toui (54 % de toits de paille). Ces derniers sont exceptionnellement nombreux dans les villages de Toui PK et de Toui Gare (plus de quatre maisons sur cinq), de Kilibo Gare (trois maisons sur quatre) et d'Ogoutédo (la moitié des maisons; cf. Figure 18). Ils sont par contre fort rares dans les communes de Ouessè, Laminou et Odougba, qui concentrent presque tous leurs habitants dans deux agglomérations. A l'Ouest, les toits de paille sont tout de même nombreux dans les communes de Gbanlin (20 %) et surtout de Djegbé (30 %). Cette commune compte beaucoup de hameaux *peul*, mais aussi, fait particulier, des hameaux autochtones de colonisation agricole.

A l'instar des habitants de Wokpa, la majorité des immigrés investissent peu dans leurs maisons, dont les toits de paille ne sont qu'une des caractéristiques soulignant leur modestie. Ces maisons se signalent en effet aussi par leur petite taille (qui correspond toutefois partiellement à la faible taille moyenne de ces ménages), par des murs de banco non crépis, un sol de terre battue et par un nombre très limité de fenêtres. Même avec les années et l'accroissement probable de la taille des ménages et de leur niveau économique, les immigrés remplacent rarement leurs premières maisonnettes par des demeures plus spacieuses et confortables. Dans les villages centres de Toui Gare, Toui PK et Kilibo Gare, il existe déjà une minorité de maisons de ce type. Encore faudrait-il vérifier qu'elles n'appartiennent pas principalement à la minorité autochtone (les *Nagot*) résidant dans ces villages.

Une étude particulière des immigrés, qui dépasse notre propos, montrerait peut-être qu'ils consacrent une part importante de leurs revenus à soutenir leur famille restée dans leur région

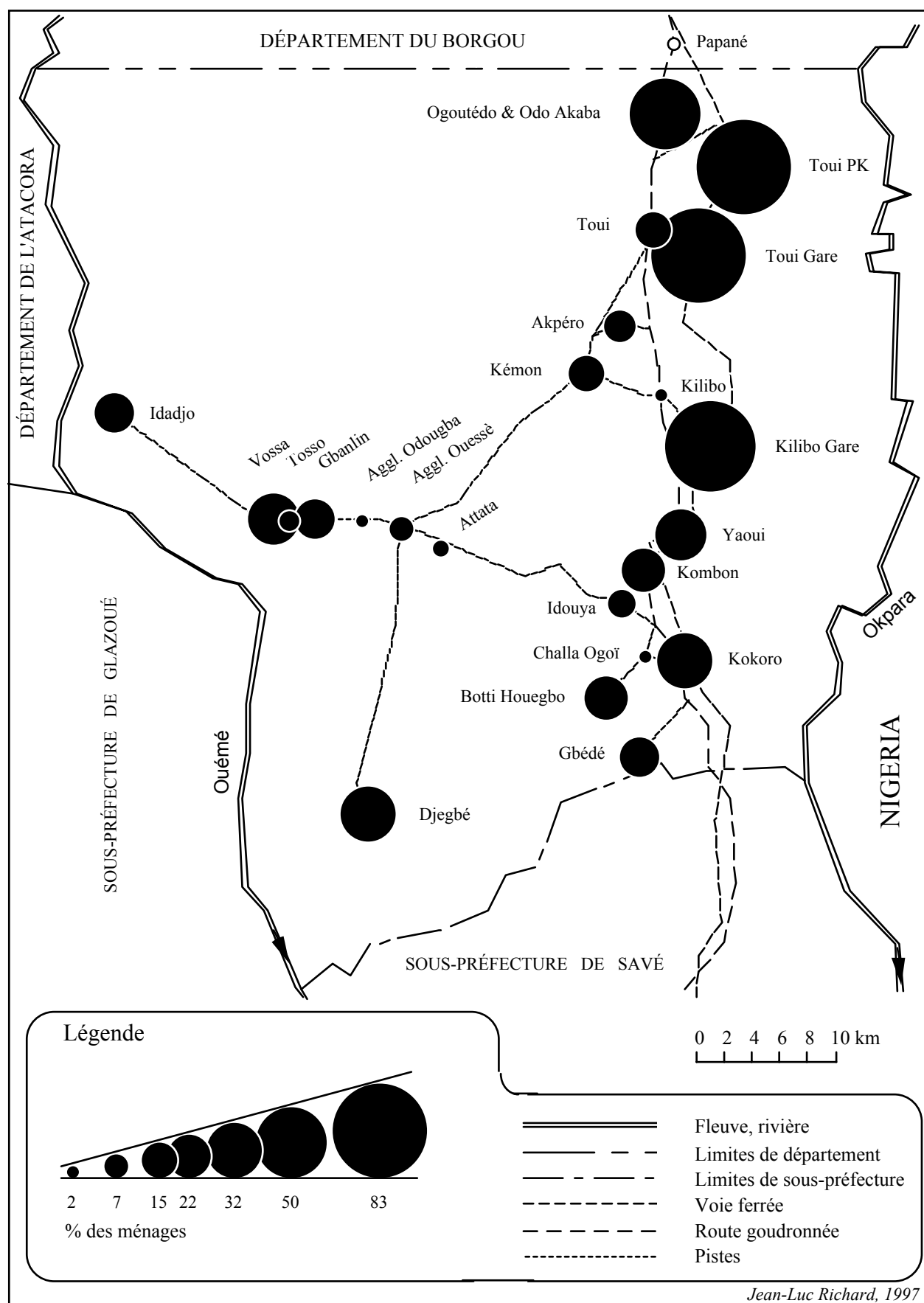


Figure 18

Proportion des ménages ayant une habitation avec un toit de paille par localité de la sous-préfecture de Ouessè (source: recensement national de 1992).

d'origine, à s'y construire une maison, à s'y constituer un domaine ou encore à y lancer un commerce. En d'autres termes, il n'est pas exclu que cette immigration soit conçue comme une étape de quelques années, comme un tremplin permettant un retour au pays avec une meilleure assise économique. Cette perception de départ de la migration n'empêche d'ailleurs pas qu'une partie des immigrants resteront plus longtemps que prévu sur leur terre d'accueil, voire définitivement. Selon cette hypothèse, une majorité d'immigrés constitueraient donc une population flottante, venant quelques années dans la sous-préfecture avant de s'en retourner chez eux. L'investissement porterait alors essentiellement sur les moyens de production. Ce n'est peut-être pas un hasard si l'un des seuls motoculteurs que nous ayons vu dans la sous-préfecture appartenait précisément à un agriculteur de Wokpa. Les liens avec la région d'origine restent intenses. Beaucoup de colons y retournent annuellement au moins quelques semaines, après les dernières récoltes, pour les fêtes de fin d'année.

Les murs des maisons d'habitation sont très majoritairement construits en terre dans la sous-préfecture de Ouessè (93 %), sans différence entre l'Est et l'Ouest. Cette proportion y est plus élevée que pour l'ensemble du département du Zou (82 %) et plus encore que pour le Bénin (63 %, MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Seuls 4 % des maisons de la sous-préfecture ont des murs de brique ou de pierre et moins de 3 % en d'autres matériaux. La proportion moyenne de murs en terre est si élevée qu'il ne faut pas s'attendre à de grandes variations d'une commune à l'autre (de 88 % à Laminou à 98 % à Djegbé). La commune de Ouessè, la plus "urbaine", a la proportion la plus élevée de maisons en brique ou en pierre (presque 10 %).

Bien que la plupart des maisons aient des murs de terre, bon nombre d'entre elles disposent d'un sol cimenté (42 % du total des maisons). La terre battue reste pourtant majoritaire dans la sous-préfecture. Avec 58 %, elle y est légèrement plus fréquente que dans l'ensemble du département (55 %), et un peu plus encore que pour l'ensemble du Bénin (52 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Les sols de terre battue sont un peu moins fréquents à l'Ouest qu'à l'Est (55 % des maisons de l'Ouest contre 61 % de celles de l'Est). Tout comme pour les murs, la commune de Ouessè enregistre la plus faible proportion de sols en terre (38 %) et celle de Djegbé la plus élevée (78 %), suivie de près par celle de Toui, abritant de nombreux immigrants (76 %). Les communes de Kilibo et d'Odougba, qui renferment ou constituent de petites agglomérations, ont, comme celle de Ouessè, une proportion de sols en terre inférieure à la moyenne (environ 46 %).

La proportion de sols cimentés par village dépend largement d'une combinaison de deux types de facteurs: centralité et proportion d'autochtones parmi les habitants. Plus une localité est centrale (statut officiel, pôle économique, noeud routier et souvent taille) et peuplée d'autochtones, plus les sols cimentés sont fréquents. Les proportions les plus élevées se rencontrent donc pour le village de Ouessè (Ouessè Centre) et pour les deux villages constituant l'agglomération de Kilibo (70 à 74 %). Ils sont suivis par Challa Ogoï et par des villages de l'agglomération d'Odougba et de Ouessè (50 à 63 %). A l'autre extrémité, on trouve les villages les plus périphériques, souvent avec une forte proportion d'immigrés: Toui Gare, Idadjo, Toui PK, Kilibo Gare et deux des trois villages de l'agglomération de Djegbé (10 à 18 %).

A partir des données du recensement de la population de 1992 nous avons pu calculer par village le nombre moyen de personnes par pièce d'habitation. En moyenne, chaque pièce de la sous-préfecture est occupée par 1,46 personne, avec une densité d'occupation plus élevée à l'Ouest qu'à l'Est (1,60 contre 1,34 personne par pièce). Ces moyennes, qui nous paraissent basses, ne doivent pas faire oublier qu'il n'est pas rare que l'on s'entasse à quatre ou cinq ou plus par pièce pour dormir. La densité moyenne d'occupants est la plus élevée dans les communes de Gbanlin et d'Odougba (1,75), alors qu'elle est minimale dans celle de Challa Ogoï

(1,27). Toutes les communes de l'Ouest enregistrent des densités supérieures à celles des communes de l'Est.

La Figure 19 indique la densité moyenne d'habitants par pièce et par localité. L'appartenance ethnique semble jouer un rôle dans les variations de densités. Ces dernières sont faibles à moyennes dans les villages majoritairement *nagot*, y compris Attata à l'Ouest (mais pas Idadjo) et élevées dans les villages majoritairement *mahi*, y compris celui de Botti Houegbo, à l'Est. Les villages de l'Est comptant beaucoup d'immigrés tendent à avoir des densités plus élevées que les autres. Les densités moyennes extrêmes vont de 1,96 habitant par pièce (Vossa, cumulant une majorité *mahi* et une forte minorité d'allochtones) à 1,04 (Idouya).

Environ 10 % des unités d'habitation de la sous-préfecture comptent une seule pièce, 30 % deux, 20 % trois, 10 % quatre et 30 % cinq et plus. La structure des logements par taille diffère de celle du département du Zou, par ailleurs très proche de celle du Bénin, par une plus faible proportion d'unités d'habitation de deux pièces (30 % contre presque 37 %) contrebalancée par une proportion plus élevée des cinq pièces et plus (30 % contre moins de 22 %; MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993).

Les grandes unités d'habitation se présentent généralement sous forme d'une concession, c'est-à-dire d'un complexe de plusieurs maisons délimitant habituellement une cour. Les grandes unités d'habitation sont beaucoup plus fréquentes à l'Est qu'à l'Ouest, puisque les 5 pièces et plus constituent respectivement 42 % et 20 % des unités d'habitation (au maximum 55 % pour la commune de Kémon et 60 % pour le village de Toui). La situation à l'Est n'est cependant pas homogène: les grands logements sont beaucoup plus rares dans les villages enregistrant une forte immigration (Ogoutédo excepté). Ces deux constats suggèrent que les familles élargies sont plus communes à l'Est qu'à l'Ouest, mais essentiellement chez les *Nagot*. Ces plus grands logements permettent aussi aux habitants de l'Est de vivre un peu moins serrés (cf. ci-dessus).

Les petites et très petites unités de logement sont par contre nettement plus fréquentes à l'Ouest qu'à l'Est. Les logements d'une pièce constituent 15 % des logements de l'Ouest, ceux de deux pièces 37 %, contre respectivement 4 % et 22 % à l'Est. Les logements d'une pièce sont proportionnellement très nombreux dans la commune de Gbanlin (23 %), ceux de deux pièces dans la commune de Djegbé (50 %). Presque 36 % des logements de Vossa n'ont qu'une seule pièce et seulement 10 % cinq pièces et plus, ce qui correspond bien à la plus forte densité d'habitants par pièce de toute la sous-préfecture enregistrée par ce village (1,96). En fait, la majorité de ces minuscules logements ne sont pas dans le village même de Vossa, mais chez les colons *fon* de Wokpa et les colons originaires de l'Atacora qui dépendent de Vossa. La presque totalité des maisons de Wokpa n'ont qu'une pièce, plutôt petite de surcroît. Même un oeil non exercé voit immédiatement la différence entre un village autochtone et ce village caractéristique des villages de colons, avec ses petites maisonnettes presque sans fenêtres, au toit de paille.

Vu que, selon notre connaissance du terrain, l'immense majorité des ménages de la sous-préfecture de Ouessè utilisent la "nature" (abords immédiats du village, terrains vagues dans le village voire les rues) comme lieu d'aisance et d'évacuation des eaux usées, ces deux variables sont très peu discriminantes et nous ne les avons pas demandées à l'Institut National de Statistique et d'Analyse Economique (INSAE), qui organise les recensements nationaux de la population. Pour l'ensemble du Zou, près de 84 % des unités d'habitation ne disposent d'aucun lieu d'aisance. La "nature" en tient lieu. Presque 13 % bénéficient d'une fosse septique, 2 % des occupants utilisent les latrines publiques, moins de 1 % des W-C avec une chasse d'eau et autant un autre système (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1993). Comme la sous-préfecture de Ouessè ne compte pas de grande ville, la "nature" y est probablement utilisée dans plus de 90 ou 95 % des cas. Plus de 98 % des eaux usées du département du Zou

sont évacuées dans la “nature” (le plus souvent dans la rue ou les cours). Cette proportion doit être de quasi 100 % dans la sous-préfecture de Ouessè.

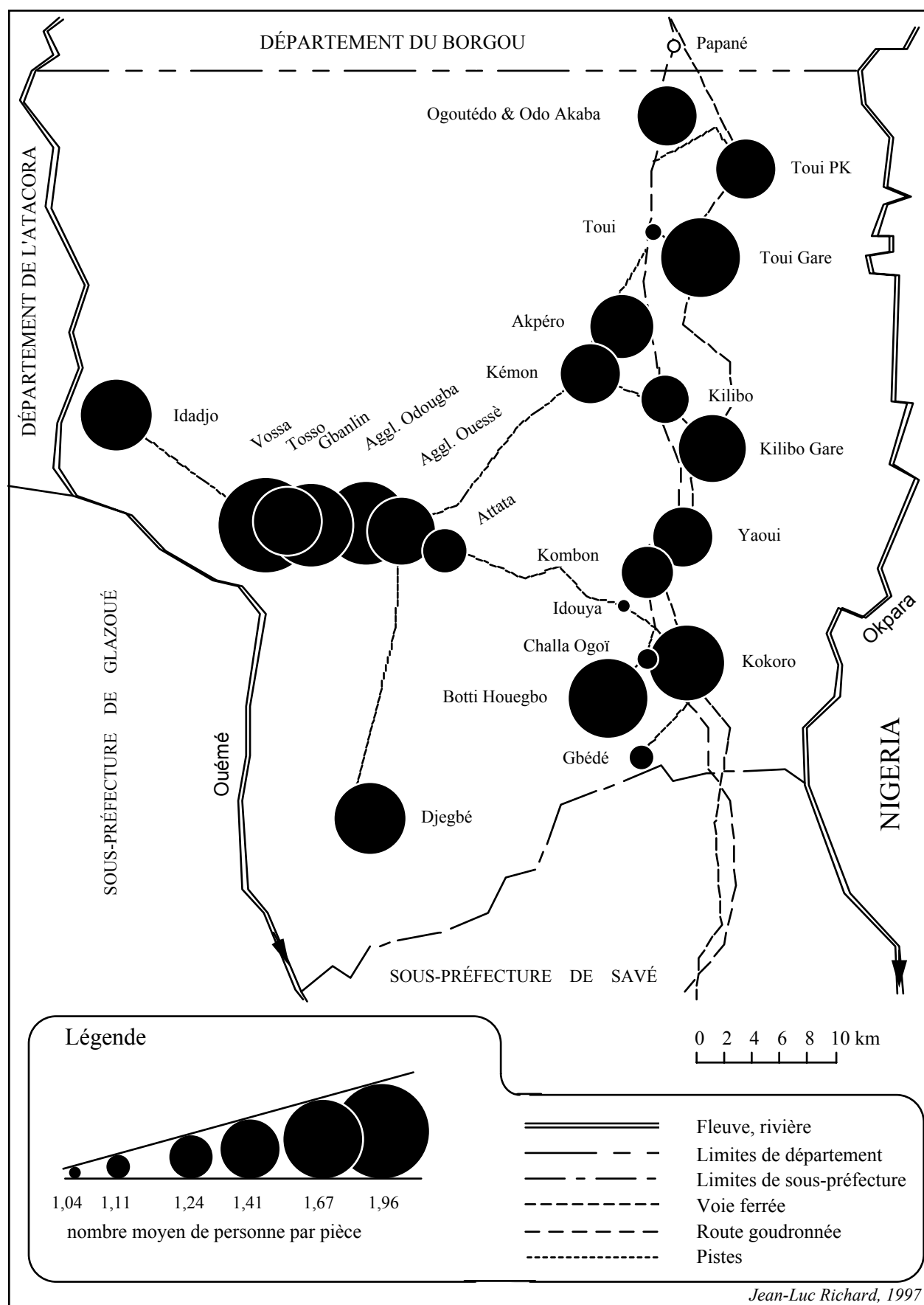


Figure 19

Nombre moyen de personnes par pièce d'habitation par village officiel et par agglomération, calculé à partir du recensement de la population de 1992.

Niveau économique global des villages de la sous-préfecture

Construire un indicateur de niveau économique constitue une tâche fort délicate au sein d'un système économique caractérisé par l'autosubsistance, l'irrégularité des ressources et la faible part des revenus en numéraire, mais aussi par la diversité des sources de profit au sein de chaque ménage. En effet, rares sont les salariés recevant une rémunération fixe. Pour la plupart des actifs (les agriculteurs et dans une moindre mesure les commerçants), les ressources sont très irrégulières tout au long de l'année et de plus soumises à des fluctuations annuelles non négligeables, du fait des contraintes météorologiques. De plus, une importante partie de la production agricole est destinée à l'autoconsommation, qui échappe largement à toute évaluation monétaire. Dans une enquête sur le pouvoir d'achat des ménages béninois et sur les dépenses de santé, Cszenik et Wolf (1993) observent que dans une certaine mesure le revenu monétaire dépend des dépenses et non pas l'inverse, car la part des produits agricoles commercialisée varie dans certaines limites en fonction des besoins monétaires. Il ne faut pas oublier non plus qu'un ménage dispose généralement de plusieurs "centres de profits" (le chef de ménage, son ou ses épouse(s), les grands enfants encore sous le toit paternel), qui restent largement autonomes et qui ignorent presque toujours les gains les uns des autres.

Nous disposons de deux sources d'information permettant d'estimer, assez grossièrement, le niveau économique global d'un village:

- les données du recensement national de la population de 1992;
- des données par ménage issues de notre enquête domiciliaire, effectuée dans seulement 13 villages de la sous-préfecture.

Dans un contexte béninois, il serait illusoire de vouloir trouver un indicateur unique qui résumerait le niveau économique d'un ménage ou d'une localité, comme par exemple le salaire ou le revenu moyen. Selon Wyss (1993), la méthode la plus accessible pour mesurer l'inégalité socio-économique en Afrique subsaharienne consiste à observer les traces matérielles durables d'aisance d'une personne ou d'un groupe, soit la nature de l'habitat et la possession de biens. Il s'agit donc de construire un indice de niveau économique en combinant plusieurs indicateurs. C'est la méthode la plus communément utilisée dans les enquêtes domiciliaires effectuées en Afrique subsaharienne et nous l'avons adoptée (COPPO, PISANI, WALET OUMAR, 1990). Nous avons renoncé, comme certains auteurs l'ont fait, à complexifier cet indice en y incorporant aussi des indicateurs plus directement liés aux revenus, tels la capacité d'épargne et le nombre d'actifs par ménage selon le type d'activité (SOUCAT, GANDAHU, LEVY-BRUHL [*et al.*], 1997).

Le choix des éléments constitutifs de l'indice économique des ménages dépend à la fois de la disponibilité des données ou de la facilité à les recueillir et du niveau économique global de la population étudiée. Inutile de rechercher des éléments qui ne sauraient exister chez elle ou, au contraire, qui seraient omniprésents. Les deux indices de niveau économique sont très différents par leur nature et leur exhaustivité. Celui qui s'appuie sur le recensement de la population est exhaustif, dans la mesure où tous les habitants (toutes les unités d'habitation selon l'indicateur) de chaque localité de la sous-préfecture contribuent au calcul de l'indice économique moyen par localité, commune, région et pour l'ensemble de la sous-préfecture. Cet indice repose sur la combinaison des résultats de huit des indicateurs du recensement, tous décrits séparément ci-dessus. Il s'agit du pourcentage par localité d'unités d'habitation ayant un toit de tôle, un sol en ciment, des murs en dur, du nombre moyen par localité de personnes par pièce, du pourcentage de personnes de plus de trois ans scolarisées ou en cours de scolarisation, du pourcentage de ménages s'approvisionnant en eau à un forage, un puits ou une citerne, du pourcentage de personnes de dix ans et plus non agriculteurs ou éleveurs et, finalement, du pourcentage d'immigrés récents (le statut d'immigré étant estimé par l'appartenance ethnique, soit les catégories "ethnies de l'Atacora", "*Fon*" (sauf pour l'agglomération de Ouessè où beaucoup de

Mahi se disent *Fon*), et “autres ethnies” (sauf à Gbédé où la presque totalité des personnes enregistrées sous cette rubrique sont des *Basa*, installés là depuis très longtemps). Nous considérons que le niveau économique des immigrants, essentiellement de jeunes colons agricoles installés récemment dans la sous-préfecture, est en moyenne inférieur à celui des autochtones ou des allochtones installés depuis longtemps.

Les pourcentages par localité de chacun de ces indicateurs ont été répartis en cinq catégories d'égale amplitude et un indice – de 0 à 4 – associé à chacune d'elles. Pour chaque indicateur, l'indice 0 est associé à la catégorie regroupant les pourcentages les plus faibles, l'indice 4 à celle rassemblant les pourcentages les plus élevés. L'échelle est toutefois inversée pour l'indicateur “immigrés”, puisque nous considérons que les immigrants ont un bas niveau économique. De même, ce sont les localités avec un faible nombre moyen d'habitants par pièce qui reçoivent l'indice 4. L'indice synthétique de niveau économique varie donc potentiellement de 0 à 32 (de 8×0 à 8×4). La même procédure a été adoptée pour les autres échelles d'analyse (Est, Ouest, ensemble de la sous-préfecture), en conservant les seuils de catégories définis à l'échelle des localités.

Selon cette méthode, l'indice synthétique de niveau économique est de 18 pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, soit plus de la moitié de l'indice maximal potentiel (cf. Tableau 8). Cet indice est presque égal pour l'Est et l'Ouest (respectivement 18 et 19). Sans grande surprise, la commune urbaine de Ouessè obtient de loin l'indice de niveau économique le plus élevé (29), suivie par celle de Kilibo (24), abritant le deuxième pôle “urbain” de la sous-préfecture. A l'autre extrémité se trouvent les communes les plus périphériques (Gbanlin, 11, et Djegbé, 13) et celle abritant de loin la plus forte proportion d'immigrés (Toui, 12). A l'Ouest, on observe une nette diminution de l'indice de niveau économique au fur et à mesure que l'on s'éloigne du cœur de l'agglomération de Ouessè.

Tableau 8 Indice synthétique de niveau économique des communes de la sous-préfecture de Ouessè, selon huit indicateurs tirés du recensement de la population de 1992.

	Toit en tôle		Pers. / pièce		Sol cimenté		Murs en dur		Pompes, puits		Non agricult.		Immigrés		Scolarisés		Indice écon.
Commune	%	ind.	%	ind.	%	ind.	%	ind.	%	ind.	%	ind.	%	ind.	%	ind.	
Gbanlin	78.3	3	1.75	1	21.9	0	2.4	0	75.4	3	9.9	0	20.4	3	21.4	1	11
Djegbé	67.0	3	1.55	2	31.3	1	1.2	0	82.2	3	6.6	0	5.0	4	10.5	0	13
Odougba	96.2	4	1.76	1	52.5	3	1.3	0	97.5	4	7.8	0	6.9	4	14.6	0	16
Laminou	90.0	4	1.57	2	43.9	2	5.2	2	95.7	4	17.8	1	12.7	4	19.3	1	20
Ouessè	95.1	4	1.45	2	62.4	4	9.5	4	98.0	4	39.8	4	32.1	3	36.8	4	29
Challa Ogoï	80.6	3	1.27	3	42.4	2	5.2	2	72.3	3	30.8	3	27.1	3	30.2	3	22
Kilibo	78.1	3	1.34	3	53.6	3	4.1	1	92.5	4	31.4	3	21.9	3	35.4	4	24
Kémon	82.9	4	1.43	2	41.6	2	0.2	0	83.7	4	24.7	2	11.1	4	25.6	2	20
Toui	45.0	1	1.34	3	24.1	1	3.8	1	68.2	3	15.8	1	53.3	1	19.7	1	12
Est sous-préfecture	67.3	3	1.34	3	38.5	2	3.8	1	77.5	3	19.3	1	32.5	3	27.1	2	18
Ouest sous-préfecture	87.5	4	1.60	1	44.7	2	4.5	1	91.6	4	22.1	2	16.4	4	21.6	1	19
Sous-préfecture Ouessè	78.3	3	1.46	2	41.8	2	4.1	1	85.2	4	20.9	1	24.2	3	24.4	2	18

A une échelle plus fine, celle des villages et localités, les écarts entre les indices de niveau économique deviennent énormes: l'éventail des indices s'ouvre de 5 à 29. A cette échelle, les disparités intervillageoises sont bien plus prononcées à l'Est qu'à l'Ouest. L'Est rassemble en effet les trois villages ayant les indices les plus faibles (Toui Gare, Toui PK et Kilibo Gare avec des indices allant de 5 à 8) et les deux localités enregistrant l'indice le plus élevé (Kilibo et Challa Ogoï, indice 29 chacun). La situation est un peu plus homogène à l'Ouest, où Vossa et Djegbé enregistrent les indices les plus bas (respectivement 10 et 12) et Attata et l'agglomération de Ouessè les indices les plus élevés (respectivement 21 et 23). Si nous avons calculé séparément cet indice pour chacun des villages composant l'agglomération de Ouessè, il est probable que certains villages auraient obtenu un indice proche du maximum potentiel (les seuils permettant de calculer les scores par indicateur et par village auraient d'ailleurs tous été tirés vers le haut, si bien que les villages les plus défavorisés auraient enregistré des indices synthétiques de niveau économique encore inférieurs à ceux calculés avec la méthode actuelle).

La Figure 20 fait particulièrement ressortir les villages où les immigrés sont nombreux, voire majoritaires: Toui Gare, Toui PK, Kilibo Gare et Vossa. Ces villages se caractérisent par des indices très faibles. Il est cependant probable que l'indice du village central de Vossa serait similaire à celui du village voisin de Tosso (16), si Vossa ne comprenait pas plusieurs hameaux d'immigrés, tel Wokpa. Ogoutédo, qui compte aussi passablement d'immigrés, ressort par contre moins, bien que son indice reste inférieur à la moyenne. D'autre part, plusieurs petits centres, chefs-lieux de la sous-préfecture ou de communes, se distinguent par des indices supérieurs à la moyenne (agglomération de Kilibo, Challa Ogoï, agglomération de Ouessè, agglomération de Kémon, avec des indices allant de 21 à 29). D'autres chefs-lieux de communes restent toutefois proches de la moyenne: Toui, Gbanlin et Odougba (de 19 à 16), alors que Djegbé, petite agglomération isolée constituant à elle seule une commune, a un bas indice (12). La taille et le statut officiel des localités semblent donc influencer l'indice de niveau économique. Cependant, quelques petits villages officiels, sans statut particulier, obtiennent des indices supérieurs à la moyenne (Attata, Idouya et Gbédé, avec des indices de 21).

Le deuxième indice de niveau économique calculé n'est, contrairement au premier, pas exhaustif, puisqu'il n'implique que 50 ménages dans chacun des seuls treize villages inclus dans l'enquête domiciliaire. Pour cet indice, toutes les données ont été recueillies sur la base du ménage, et non pas sur une base tantôt individuelle, tantôt ménagère comme pour le premier indice.

Ce deuxième indice est sommaire et repose partiellement... et volontairement sur une appréciation subjective des enquêteurs. En contrepartie, il est facile et rapide de recueillir les informations nécessaires à sa construction, sans trop insister lourdement sur des considérations économiques qui pourraient éveiller la méfiance des personnes interrogées. Il n'est d'ailleurs pas du tout sûr qu'un instrument beaucoup plus lourd appréhende mieux la réalité économique des ménages. Une enquête réalisée dans la sous-préfecture de Pahou, sur la côte béninoise, ayant utilisé une cinquantaine d'indicateurs pour construire un indice économique des ménages, a conclu que le niveau économique n'est pas lié au niveau d'utilisation des services de santé en cas de maladie (ALIHONOU, 1991). Les auteurs eux-mêmes suggèrent que ce résultat surprenant est sans doute dû au peu de fiabilité de leur indice caractérisant le niveau économique des ménages.

Pour chaque ménage nous avons calculé un premier score en fonction de la possession ou non d'un certain nombre de biens. Une partie d'entre eux permet par la même occasion d'estimer la mobilité potentielle des ménages. Ces biens ont été grossièrement pondérés en fonction de leur cherté, qui correspond largement à leur rareté. Ainsi, chaque voiture ou camion vaut 5 points, chaque motocyclette¹ ou mobylette vaut 3 points, chaque télévision 3 points, chaque groupe

¹ Il s'agit de petites motos, au plus d'une cylindrée de 125 cm³.

électrogène, réfrigérateur ou moulin à moteur 3 points, chaque bicyclette 1 point et chaque poste de radio 1 point.

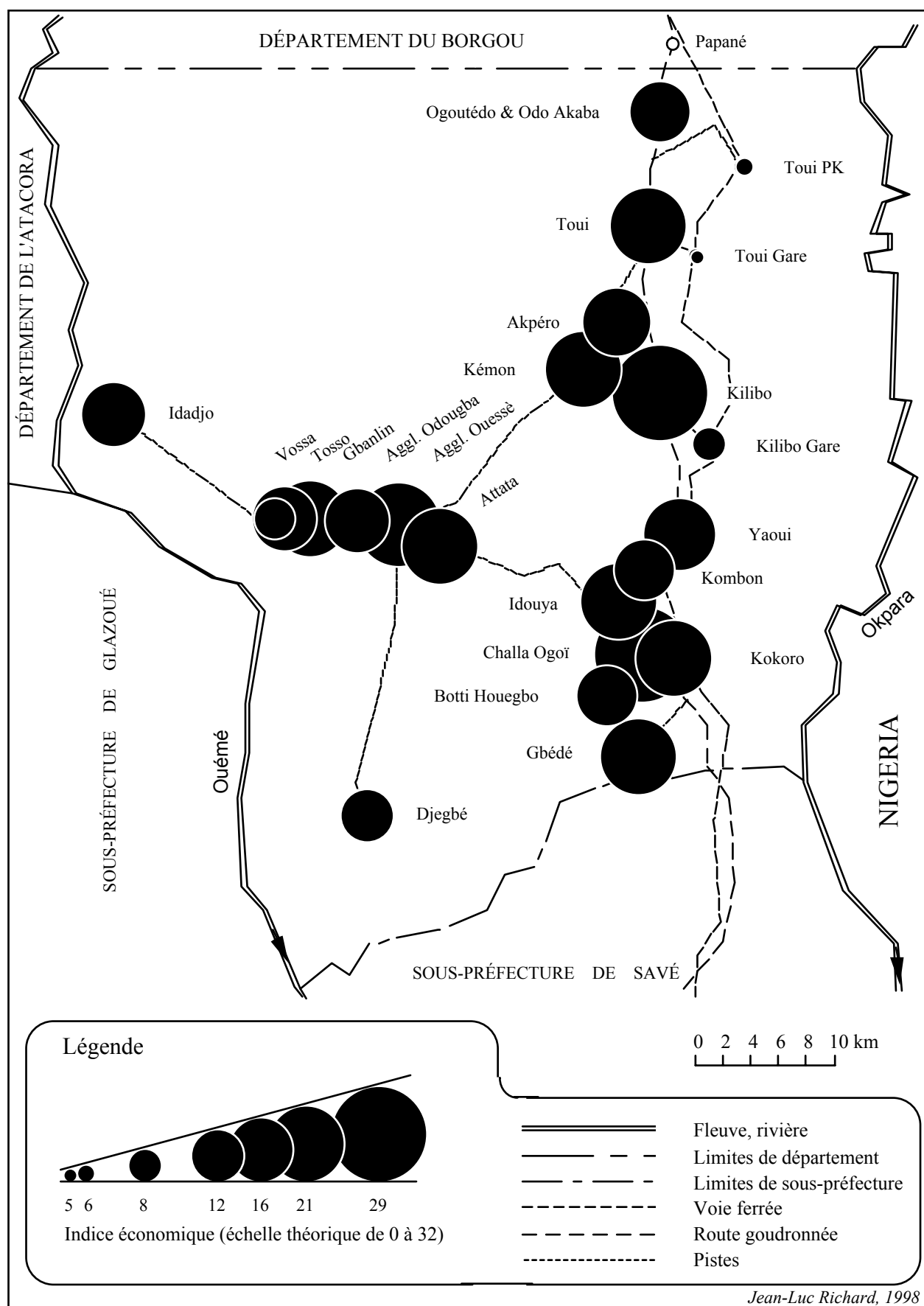


Figure 20

Indice économique des localités de la sous-préfecture de Ouessè, calculé à partir de huit indicateurs du recensement de la population de 1992.

Les enquêteurs, habitant tous la sous-préfecture et travaillant par deux, devaient encore évaluer le niveau économique des ménages selon une échelle à trois degrés allant de mauvais (0 point) à bon (2 points) en passant par moyen (1 point). Cette appréciation ne repose plus sur une grille précise et pondérée d'éléments. Notre idée était de laisser parler l'expérience des enquêteurs. Nous leur avons cependant demandé d'être particulièrement attentifs à différents aspects de l'habitat (taille, entretien, nature des murs, du toit, du sol, des portes et fenêtres, mobilier), à l'habillement, à la possession d'autres biens non énumérés dans la liste précédente... Il est clair que cette appréciation a aussi été influencée par la possession des biens précités. Ce deuxième score est donc partiellement redondant avec le premier. L'intérêt de cette appréciation globale est, dans certains cas, de pondérer une première évaluation par trop sommaire. Il arrive que certains ménages, voire villages, ne consacrent pas prioritairement leurs économies à l'achat des biens d'équipement énumérés dans la liste. C'est le cas des *Peul*, qui possèdent souvent de belles maisons, selon les standards locaux, et des bovins, mais n'ont presque pas de véhicules et de radios, et pas de télévisions, réfrigérateurs etc. A l'inverse, les colons *Fon* de Wokpa possèdent souvent ce type d'équipement, y compris un des seuls motoculteurs de la sous-préfecture, mais leurs maisons sont les plus modestes que nous connaissons.

A ce stade, une question reste en suspens. Faut-il calculer un score de niveau économique global pour l'ensemble du ménage ou faut-il au contraire le pondérer par la taille de ce dernier? Pour l'étude des déterminants du comportement de recherche de soins des ménages (cf. partie IV, chap. 2b), les deux options sont défendables a priori. Avec la première, on suppose qu'en cas de besoin l'ensemble des ressources du ménage sont mobilisées pour faire face à la maladie, quitte à procéder à une rétrocession différée sous une forme ou une autre à la coépouse ou à un autre parent adulte du ménage qui a prêté main-forte. Dans le second cas, on considère que la probabilité pour un grand ménage, surtout s'il comporte de nombreux adultes, de disposer de beaucoup de biens est supérieure à celle d'un petit ménage. Mais les besoins en soins de santé d'un grand ménage sont aussi supérieurs à ceux d'un petit. Pour un même indice de niveau économique, ce dernier est donc réellement plus à l'aise qu'un grand ménage. Une pondération de l'indice économique global par la taille du ménage est alors nécessaire. Devant la difficulté de trancher a priori entre ces deux options, nous avons décidé de les tester toutes les deux.

Comment combiner le score de possession de biens d'équipement et l'appréciation globale de la richesse du ménage afin de construire un indice synthétique de niveau économique? Le score de possession variant pour les ménages entre 0 et 36 (ou 0 et 3,6 si l'on pondère par la taille du ménage) et l'appréciation globale entre 0 et 2, il n'y a pas de solution idéale pour assembler ces deux scores de façon à ce qu'ils contribuent toujours de façon équilibrée à l'indice économique. La solution retenue a été de simplement les additionner¹. L'indice économique pondéré par la taille du ménage s'échelonne donc entre 0 et 5,6, alors que l'indice économique global du ménage varie entre 0 et 38. Comme nous n'avons jamais pondéré l'appréciation générale sur le ménage, cet élément du score pèse assez lourdement dans l'indice pondéré, mais faiblement dans l'indice non pondéré.

Les deux indices synthétiques de niveau économique par village consiste en la moyenne des indices – pondérés par la taille des ménages puis non pondérés – des 50 ménages de chaque village.

¹ Nous avons aussi tenté de les multiplier. Pour ce faire, quelques modifications dans les échelles ont été nécessaires. Nous avons additionné une unité à tous les scores de possession pour que les ménages sans biens mais bénéficiant d'une appréciation générale moyenne ou bonne n'aient pas un indice économique nul. De même, nous avons transformé l'échelle d'appréciation générale de 0 à 2 en 1 à 3, pour ne pas annuler tous les indices économiques des ménages ayant une appréciation mauvaise. Multiplier les deux scores plutôt que de les additionner augmente considérablement l'amplitude des indices. Mais que l'on utilise l'une ou l'autre méthode, les résultats sont très similaires lorsque l'on regroupe les scores en classes et qu'on les croise avec les différentes actions thérapeutiques des malades.

Globalement, les 650 ménages et les 5'357 individus de notre échantillon se partagent 27 voitures ou camions (soit en moyenne 4 voitures pour 100 ménages), 222 motos ou mobylettes (34 pour 100 ménages), 293 bicyclettes (45 pour 100 ménages), 11 postes de télévision (moins de 2 pour 100 ménages), 517 postes de radio (80 pour 100 ménages) et 57 groupes électrogènes, réfrigérateurs ou moulins (presque 9 pour 100 ménages). Seuls les biens en état de marche ont été comptabilisés. Selon ce premier indicateur, les écarts intervillageois de richesse sont énormes. Pour un score moyen par village de 140 (sans pondération par la taille des ménages), on relève un score de seulement 44 à Gbédé et de 57 à Gbaffo, mais de 223 à Attannondoho et de 212 à Adougou, deux villages de l'agglomération de Ouessè, et 193 à Kilibo et 184 à Gbanlin, deux chefs-lieux de communes. Le rapport entre les deux villages extrêmes est donc de 1 à 5. Si l'on pondère ces scores par la population de chaque échantillon villageois, le schéma général change peu. Gbédé reste en queue de peloton, plus isolé encore qu'avant, toujours précédé de Gbaffo. A l'autre bout de l'échelle, on retrouve Attannondoho, suivi cette fois de Gbanlin et d'Adougou, presque ex aequo, puis de Kilibo.

Gbédé est un petit village, au bout d'une piste en cul-de-sac, essentiellement peuplé par une minorité ethnique très isolée installée depuis longtemps. Les *Peul* de Gbaffo préfèrent quant à eux visiblement investir dans leurs troupeaux et leurs maisons, souvent bien cimentées, deux indicateurs pas pris en compte dans la construction de ce score. Le fait que les deux villages les plus riches selon le score de possession de biens soient localisés au sein de la plus grande agglomération de la sous-préfecture, et de loin avec environ 13'700 habitants en 1995, constitue sans doute un indice d'urbanisation progressif de ce gros bourg rural.

Le niveau de richesse apparente attribué aux ménages par les enquêteurs est globalement mauvais. Nous sommes bien loin d'une répartition des scores selon la loi normale. En effet, si le score "moyen" est le mieux représenté (54 % des ménages), les scores "mauvais" (41,3 %) et "bon" (4,7 %) ne sont pas du tout symétriques de part et d'autre de cette classe centrale. Il est probable que le niveau d'éducation des enquêteurs, largement supérieur à la moyenne des habitants de la sous-préfecture, et leur propre niveau économique expliquent cette perception assez négative de la richesse apparente des ménages visités. L'ensemble des ménages enquêtés obtient un score moyen de 0,64, pour un minimum théorique de 0 et un maximum de 2.

Selon ce deuxième indicateur, Wokpa obtient de loin le moins bon score (0,25). Il s'agit d'un village de colonisation agricole fondé il y a une vingtaine d'année. La plupart des maisons sont beaucoup plus récentes et ont été construites par de jeunes colons disposant de très faibles ressources. Au premier coup d'oeil, ce village se distingue de n'importe quel village officiel de la sous-préfecture. Ici, les maisons sont très petites, sans fenêtres, et nulle trace de ciment ou de tôle. Tout le village est construit sur le modèle des "fermes" – temporaires ou non – ou des hameaux dispersés dans les champs, entre 5 et 15 kilomètres des villages. En fait, Wokpa est l'une de ces "fermes" qui, bénéficiant de l'apport constant de nouveaux immigrants *fon*, est devenue hameau, puis petit village – par la taille mais pas par le statut, ce village dépendant toujours de Vossa. Tout se passe ici comme si cette évolution de la "ferme" au village ne se caractérise que par un effet de taille, sans transformation structurelle concomitante. Autre village de colonisation agricole, Toui PK arrive en avant dernière position pour le score de richesse apparente (0,38). La colonisation est ici un peu plus ancienne et beaucoup de maisons ont été refaites selon des standards plus élevés. Gbédé occupe l'antépénultième position, ce qui confirme le bas niveau économique global de ce village.

Gros bourg d'environ 5'000 habitants en 1995 localisé le long de la route goudronnée et pratiquant le trafic avec le Nigeria voisin, Kilibo obtient le meilleur score de richesse apparente (0,96). Il est suivi par Attannondoho (0,82) et Adougou (0,78), dans l'agglomération de Ouessè, et par Akpéro (0,78), village de l'Est contrôlant l'une des pistes de contrebande avec le Nigeria. En sus des cultures vivrières, les habitants de ce village pratiquent encore des cultures de rente

spécialisées assez rémunératrices: anacardiens (noix de cajou), piments, tabac, sans parler du bétail que certains font garder par les nombreux *Peul* installés sur le terroir villageois.

Synthétisant ces deux scores, la Figure 21 indique l'indice économique moyen, pondéré par la taille des ménages, des treize villages de la sous-préfecture de Ouessè inclus dans l'enquête domiciliaire.

Comment expliquer la géographie particulière du niveau économique moyen qui se dégage de cette carte? On constate d'emblée que les villages les plus pauvres sont presque toujours isolés, au bout d'une piste en cul-de-sac, souvent mauvaise et jamais desservie par les taxis (Gbédé, Wokpa, Toui PK et Idadjo). Mais ce modèle structurant ne saurait suffire. Il semble y avoir une relation complexe entre la richesse globale des habitants d'un village et sa taille, son statut officiel (chef-lieu de sous-préfecture, de commune, village officiel et village non officiel) – ces deux facteurs étant largement corrélés –, sa localisation ou non sur un axe passant et l'origine de ses habitants. Un village est généralement d'autant plus riche qu'il est gros ou qu'il est inséré dans une agglomération (Attannondoho, Adougou, Kilibo et Gbanlin), qu'il n'est pas situé sur une piste en cul-de-sac et qu'il est essentiellement peuplé d'autochtones, c'est-à-dire de gens habitant un village ancien, où ils sont nés et sont bien insérés dans un réseau social et économique, par opposition aux colons récents (Wokpa, Toui PK et Odo Akaba), en moyenne plus jeunes et pour la plupart nés hors de la sous-préfecture, ou aux allochtones plus anciens (Gbaffo et Gbédé), installés depuis plusieurs générations mais vivant un peu en marge de ces réseaux. Certains villages cumulent les handicaps relativement à la richesse, comme Gbédé, Wokpa et Toui PK. D'autres ne pâtissent que d'un ou deux de ces facteurs pénalisants. Par exemple Djegbé est un gros village d'autochtones, mais il est très isolé au bout d'une piste peu fréquentée. Son indice de niveau économique est proche de la moyenne, tout comme celui d'Attata, petit village d'autochtones moins enclavé.

L'exemple d'Attannondoho, Adougou et Gbaffo, dans l'agglomération de Ouessè, montre que les agglomérations ou les villages officiels peuvent présenter de grandes disparités de niveau économique, dès lors que l'on distingue certains sous-ensembles en leur sein: différents villages officiels d'une agglomération, hameaux *peul* en périphérie des villages, hameaux de colons agricoles établis à bonne distance du village mère, nouveaux quartiers périphériques des villages...

Les indices de niveau économique obtenus à partir des données du recensement et ceux découlant de l'enquête domiciliaire concordent plutôt bien, sauf pour le village de Gbédé. Cette double approche, recourant à des sources, des indicateurs et des échantillons différents, permet de valider mutuellement les deux méthodes de calcul à l'échelle du village, et sans doute aussi, par extension, à celle des ménages. Ce qui était nécessaire, vu l'incertitude régnant a priori sur la pertinence des résultats de ces méthodes relativement simples d'estimer le niveau économique d'un ménage ou d'un village, dans un contexte où des indicateurs plus directs et plus fiables font défaut. Cette validation est d'autant plus utile que ces indices de niveau économique seront par la suite testés comme déterminants des actions thérapeutiques entreprises en cas de maladie.

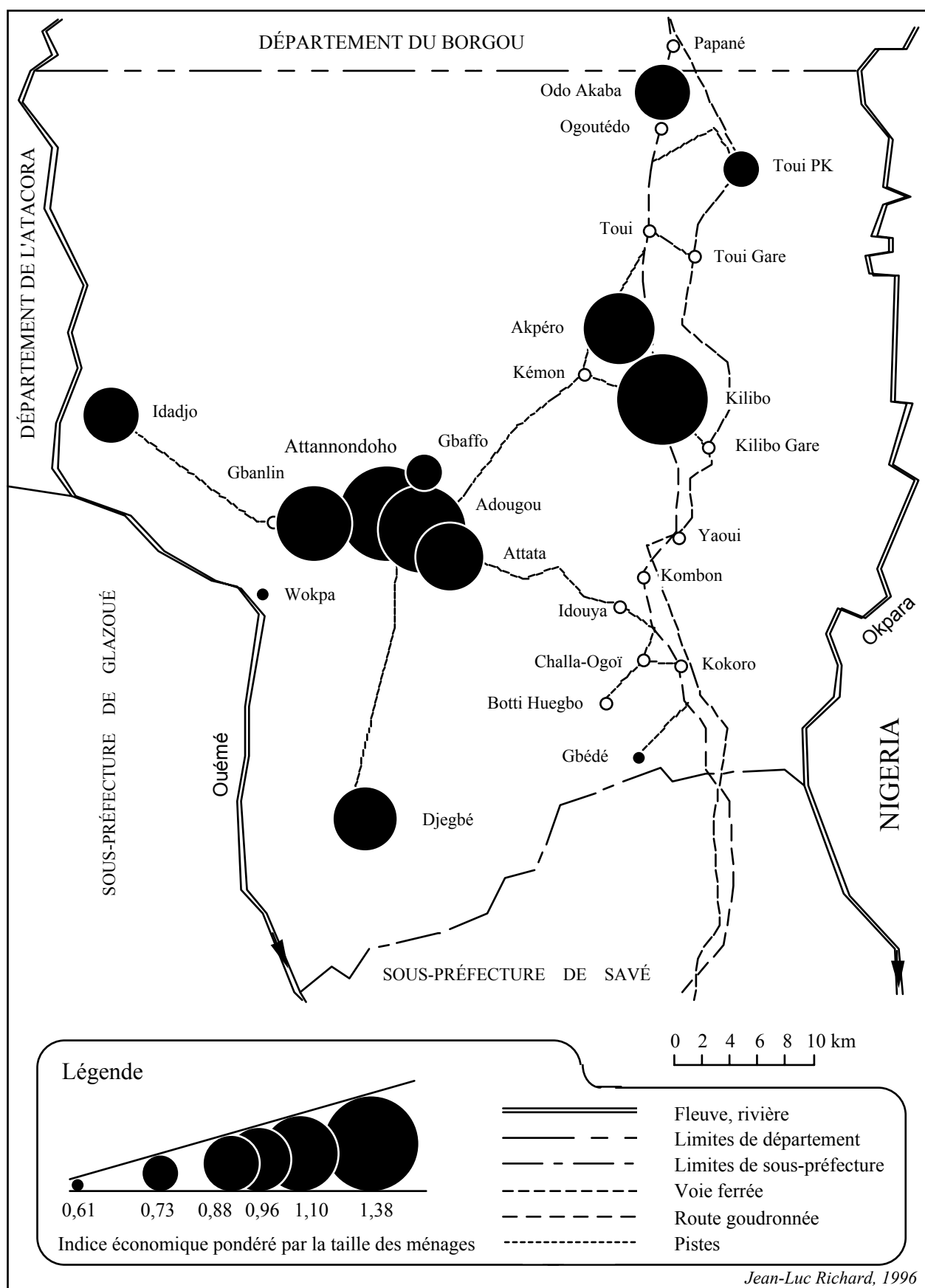


Figure 21 Indice de niveau économique pondéré par la taille des ménages de treize villages de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

*Voies et moyens de communication***Routes et pistes**

L'excellente route internationale Cotonou-Parakou-Niamey traverse tout l'est de la sous-préfecture du sud au nord (cf. Figure 2 pour le réseau routier et ferroviaire). Elle est doublée de la voie ferrée reliant Cotonou à Parakou. Ce double axe charpente toutes les voies de communication de la sous-préfecture. Deux pistes se détachent de la route, vers l'ouest. Au départ de Kokoro et de Kilibo¹, ces pistes de latérite convergent vers l'agglomération de Ouessè, à environ 24 kilomètres, respectivement au nord-ouest et au sud-ouest. Au-delà de Ouessè, ces pistes divergent à nouveau. Une première branche file plein sud, jusqu'à Djegbé, à 23 kilomètres. Elle est prolongée par des sentiers, motocyclables à la saison sèche seulement, en direction de Savé et de Savalou. La seconde branche continue plein ouest, sur une dizaine de kilomètres au-delà de Ouessè, jusqu'à Vossa. Une piste de moindre importance la prolonge jusqu'à Idadjo, à 17 kilomètres au nord-ouest de Vossa. A la sortie de ce village, la piste traverse à gué la rivière temporaire Beffa, principal affluent de l'Ouémé dans la sous-préfecture. Idadjo, ainsi que plusieurs hameaux de colonisation agricole de la rive droite de la Beffa, sont donc inaccessibles par véhicule durant environ cinq mois par an². En s'aidant parfois de grosses calebasses comme flotteurs, les habitants de Vossa, d'Idadjo et des hameaux de colons parviennent en tout temps à traverser la rivière à la nage. Armes et bagages, prémices de la récolte et bébés transitent aussi dans des bassines ou des calebasses poussées par des nageurs, ce qui n'est pas sans danger vu le courant rapide. Lorsque la tranche d'eau n'excède pas 80 cm sur le gué cimenté, il est même possible d'y faire passer de petites motos à bout de bras, en se mettant à plusieurs. Aucune pirogue ne permet de traverser la Beffa.

Quelques courtes pistes en cul-de-sac se détachent encore de la route goudronnée, vers l'est et l'ouest, desservant les villages officiels de Gbédé, Challa Ogoï, Botti Houegbo, Kilibo Gare, Toui Gare et Toui PK. De ce dernier village, une piste de moindre importance poursuit vers l'est, jusqu'à Ayétoro, village frontière de colons agricoles sur l'Okpara. Un réseau tertiaire de voies de communication, sentiers et pistes plus ou moins carrossables selon la saison et le type de véhicules, sert tantôt d'accès aux hameaux de colons, fermes et champs, tantôt à la contrebande avec le Nigeria, tantôt aux deux à la fois.

Coincée entre le fleuve Ouémé à l'ouest et un de ses principaux affluents, l'Okpara, à l'est, la sous-préfecture regarde essentiellement vers le nord et le sud. Et cela d'autant plus que, faute de pont dans la sous-préfecture, aucune route ou piste ne permet de la quitter par l'est ou par l'ouest, sauf en utilisant des gués à la saison sèche ou une pirogue, à la saison des pluies³. Comme de plus une large zone limitrophe de la sous-préfecture à l'ouest est inhabitée, que sentiers et pistes y sont rares et en mauvais état, il faut des motifs bien particuliers pour s'y aventurer. Le principal d'entre eux est le trafic de marchandises et le transit de personnes entre le Nigeria et le Togo. Nous avons par exemple rencontré un groupe de quatre Togolais travaillant au Nigeria, qui rentraient chez eux à bicyclette pour les fêtes de fin d'année, ou encore un autre groupe de quatre Togolais convoyant des *Vespa* du Nigeria au Togo. Une nuit, nous nous

¹ Ou de Toui ou encore d'Ekpa, au niveau d'Akpéro, ces trois branches se rejoignant à Kémon, avant de poursuivre sur Ouessè.

² Le débit moyen de la Beffa à Vossa est de 0 m³/sec. de janvier à mai, de 2,5 m³/sec. en juin, de 4,2 m³/sec. en juillet, de 9,2 m³/sec. en août, de 15 m³/sec. en septembre, de 15,2 m³/sec. en octobre, de 9,1 m³/sec. en novembre et de 1 m³/sec. en décembre (AKPASSONOU et HOINDO, 1994). Frontière naturelle délimitant la sous-préfecture de Ouessè à l'ouest, l'Ouémé a un débit autrement plus important, mais tout aussi saisonnier. Avec ses 510 kilomètres, ce fleuve est le plus long du Bénin. Un peu au sud de la sous-préfecture de Ouessè, ce fleuve coule de juin (25 m³/sec.) à décembre (120 m³/sec.), avec un débit maximal en septembre (650 m³/sec.; ADAM et BOKO, 1993).

³ A notre connaissance, des pirogues sont disponibles uniquement entre Ayétoro et Bido Aïki, sur l'Okpara au niveau de Toui.

sommes fait dépasser sur la piste entre Toui et Kémon par un petit camion tout terrain (matériel soviétique récupéré à l'armée), qui acheminait des fûts de produits pétroliers du Nigeria vers le Togo, en passant par Ouessè et Idadjo, avant de traverser l'Ouémé à gué.

En fait, seules les pistes transversales menant de Kokoro à Idadjo, via Ouessè, et de Toui, Ekpa et Kilibo à Ouessè, via Kémon, de même que les courtes pistes desservant les villages officiels de l'Est, sont officielles et, trop rarement, entretenues par l'Etat. Mais de nombreux autres sentiers et pistes transversaux mènent, à travers une forêt classée, de la frontière avec le Nigeria à la route goudronnée (chaque village de l'Est situé le long de la route ou de la voie ferrée contrôle la sienne). Elles se prolongent parfois, comme au niveau d'Akpéro, jusqu'à la frontière ouest de la sous-préfecture et au-delà, ou, le plus souvent, elles empruntent les pistes officielles vers Ouessè et Idadjo, d'où une nouvelle piste de contrebande conduit à un gué sur le fleuve. Toutes ces pistes ont été construites et sont sommairement entretenues par les villageois, qui y perçoivent des droits de passage, souvent en partie ristournés aux douaniers. Elles ne sont souvent carrossables que pour les véhicules tout terrain et les cycles. Leur raison d'être est le commerce transfrontalier. Elles ne sont par exemple pas utilisées pour se rendre vers un service de santé, puisqu'elles traversent essentiellement des brousses inhabitées et qu'aucun taxi ne les dessert¹.

A ces flux est-ouest de marchandises par les pistes de contrebandes approvisionnant le marché local et servant au transit vers le Togo, voire au-delà, s'opposent des flux nord-sud de personnes et de marchandises, généralement produites au Bénin ou entrées légalement par le port de Cotonou ou par le poste frontière de Malanville, sur le Niger (exportations nigériennes via le port de Cotonou). Ces flux empruntent l'excellente route goudronnée et, dans une moindre mesure, la voie ferrée reliant Cotonou à Parakou. Route et voie ferrée suivent, dans la sous-préfecture de Ouessè, des chemins plus ou moins parallèles. Elles desservent donc souvent des villages différents mais proches.

La réfection et l'asphaltage de la route par un projet chinois ont été achevés au tout début des années 1990 dans la sous-préfecture de Ouessè. Cette belle route était donc en parfait état lors de nos séjours. La très faible densité de trafic et le nombre limité de villages qu'elle traverse permettent des vitesses élevées (ce qui n'est souvent pas le cas des véhicules qui y circulent!).

Les pistes de la sous-préfecture sont par contre généralement en mauvais état, faute d'un entretien régulier. Cet état est de plus sujet à de rapides modifications, les pistes de latérite étant très sensibles aux pluies, à la circulation intense (surtout lorsqu'il s'agit de camions), mais aussi à toute intervention d'entretien. D'une manière générale, les pistes sont d'autant plus dégradées qu'elles sont fréquentées. Les petites pistes en cul-de-sac sont donc souvent en meilleur état que les pistes Kokoro-Vossa et Kilibo-Ouessè. Les rares travaux d'entretiens que nous avons vu (envoi d'un scraper durant quelques journées pour l'ensemble de la sous-préfecture) étaient toujours liés à un événement particulier: grande foire départementale agro-sylvo-pastorale à Ouessè et exportation par camions du coton – l'or blanc du Bénin, objet de toutes les attentions – de la sous-préfecture vers les usines d'égrenage. Tôle ondulée ou nids-de-poules règnent donc souvent en maîtres sur les principales pistes. Mais les chauffeurs locaux connaissent parfaitement le terrain et le mode de conduite adapté, si bien que la vitesse moyenne reste acceptable (30 à 50 km/h selon la piste, le véhicule, le chargement... et le chauffeur).

¹ Les habitants d'Ayétoro et de Bido Aïki, de part et d'autre de l'Okpara à la latitude de Toui, utilisent une des pistes de contrebande les plus fréquentées pour se rendre à l'hôpital Saint-Martin de Papané. Mais il s'agit là d'un cas particulier, puisque cette piste a une double fin: rattacher ce village de colons agricoles au reste de la commune et permettre le trafic transfrontalier. Ailleurs, il n'y a pas de village sur les pistes de contrebande, tout au plus un poste de contrôle et de perception des droits de passage.

Le relief, presque absent dans la sous-préfecture, ne constitue pas un obstacle aux déplacements. En gonflant rivières et ruisseaux, les pluies provoquent par contre des obstacles ponctuels dans l'espace et le temps. Seul le village d'Idadjo est vraiment inaccessible par véhicule durant plusieurs mois d'affilée. Tous les autres villages officiels sont desservis par des routes ou des pistes à viabilité permanente. Il existe en effet des petits ponts sur les rivières temporaires. Toutefois, l'érosion et le manque d'entretien en ont détruit certains et en menacent d'autres. Par exemple, les ponts franchissant le ruisseau entre Ouessè et Odougba et celui marquant l'entrée de Gbanlin sont détruits. Ces passages peuvent se montrer infranchissables quelques jours par an pour les véhicules, sans solution alternative. Plus grave, le tablier d'un pont en béton armé près d'Idouya, sur la piste menant de Ouessè à la route goudronnée en direction du sud-est, était très endommagé lors de notre dernier passage, en mars 1995. Les villageois l'avaient tant bien que mal renforcé au moyen de troncs et de terre. Les camions et certaines voitures passaient alors dans le lit de la rivière, à sec à cette époque. La situation était identique pour un pont de la piste allant de Kémon à Kilibo, c'est-à-dire sur la piste reliant l'ouest de la sous-préfecture à la route goudronnée, en direction du nord-est. Des deux ponts franchissant le ruisseau entre les communes de Ouessè et de Laminou, au milieu de l'agglomération de Ouessè, l'un a été détruit pendant la saison des pluies 1993, l'autre, le principal, avait des fondations partiellement descellées lors de notre dernier séjour (il était encore intact deux ans plus tôt). Un pont reliant Djegbé à Ouessè était dans le même état.

Ainsi, toutes les pistes desservant l'ouest de la sous-préfecture ou permettant de relier cette région à la route goudronnée et donc au reste du pays étaient menacées de coupure pour les saisons des pluies à venir. Comme le réseau de voies de communication est peu développé, d'autres pistes ne peuvent généralement pas prendre le relais des pistes coupées. Avec les pluies, la dégradation des ponts s'accélère et les réparations de fortune sont mises à mal. Comme il n'est alors plus question de passer dans le lit des rivières et ruisseaux de quelque importance, certains villages et même tout l'ouest de la sous-préfecture sont menacés d'interruption du trafic lourd (camions et taxis). En mars 1995, une seule piste reliant l'Ouest à l'extérieur n'était pas menacée: celle menant de Ouessè à Toui, via Kémon. Idéale pour aller à l'hôpital Saint-Martin de Papané ou à Parakou, cette piste impose un détour d'une quarantaine de kilomètres à qui voudrait aller vers le sud¹.

Au fil des années, nous avons vu se dégrader les ponts, le plus souvent sans réaction des pouvoirs publics, des habitants ou des projets de coopération. Ce n'est qu'en dernière extrémité que l'on applique parfois un emplâtre sur une jambe de bois. Rien n'est jamais fait pour stopper un début d'érosion. La situation à l'Est est bien meilleure, car les cours d'eau y sont peu importants, la plupart villages étant localisés près de la ligne de partage des eaux entre l'Okpara et l'Ouémé. De plus, une excellente route goudronnée neuve dessert une partie de ces villages.

Le train

Le but premier de la voie ferrée de l'Organisation Commune Bénin-Niger (OCBN) était de desservir les grands centres urbains sur un axe sud-nord et de désenclaver le Niger, en reliant Niamey au port de Cotonou. Elle n'a jamais dépassé Parakou, à environ 450 kilomètres de Cotonou. Des camions doivent donc prendre le relais entre Parakou et le Niger. Dans la sous-préfecture de Ouessè, cette voie ferrée suit fidèlement la ligne de partage des eaux entre l'Okpara et l'Ouémé, de façon à se passer de ponts. Elle passait donc à l'écart de la plupart des villages. Plus directe, la route relie par contre les principaux villages. Le train fait toutefois halte au niveau de ces derniers, c'est-à-dire souvent à quelques kilomètres d'eux. Autour des quelques

¹ Ou d'une trentaine de kilomètres en prenant le raccourci par Akpéro, qui conduit à la route goudronnée au niveau du hameau d'Ekpa, à 7 kilomètres au sud de Toui.

fonctionnaires desservant ces gares se sont rapidement installés des autochtones et surtout des colons agricoles, attirés par la conjonction en un même lieu d'opportunités diverses: terres libres, facilité d'accès et de visites périodiques dans leur région d'origine, via le train permettant de rejoindre aisément un grand centre urbain d'où les taxis prennent le relais, facilité d'exporter une partie de leur production, possibilité pour les femmes de pratiquer du commerce avec les voyageurs durant les arrêts. Si bien que certaines gares sont à leur tour devenus de gros villages (Kilibo Gare et surtout Toui Gare).

Pour l'accès aux services de santé, il est nettement plus favorable d'habiter un village le long de la route goudronnée que le long de la voie ferrée. Premièrement, aucun village de la sous-préfecture situé le long de la voie ferrée n'est localement desservi par un complexe communal de santé (le dispensaire de Kokoro est toutefois à moins de 2 kilomètres de la gare), alors qu'il y a un CCS à Kilibo et à Toui, près de la route. Deuxièmement, il est beaucoup plus facile d'atteindre un CCS ou un autre service de santé situé dans une autre localité le long de la route si l'on habite près de la route plutôt que près de la voie ferrée. La souplesse d'utilisation des taxis est en effet sans commune mesure avec celle des trains. A toute heure du jour¹, de nombreux taxis parcourent la route goudronnée, dans les deux sens, et s'arrêtent à la demande dans les villages (sauf s'ils sont déjà plus que bondés).

Le nombre de trains est par contre très limité et ils ne circulent de plus pas toujours à l'heure et dans le sens correspondant aux besoins. Quotidiennement, il y a un train de jour dans chaque sens. Ils quittent Parakou et Cotonou vers 8 heures et se croisent habituellement à Dassa-Zoumé. Le train descendant de Parakou arrive à Kokoro, dans la sous-préfecture de Ouessè, vers 11 heures, celui remontant de Cotonou vers 15 heures. Il y a encore trois trains de nuit par semaine, dans chaque sens. Le train de nuit remontant vers Parakou passe dans le nord-est de la sous-préfecture de Ouessè vers 5 heures du matin. Ces horaires ne permettent généralement pas d'aller dans un centre de santé et d'en revenir dans la journée.

Pour les habitants de la sous-préfecture de Ouessè, le train n'est potentiellement utile pour l'accès aux soins que par rapport au dispensaire de Kokoro, au CSSP de Tchaourou, dans la sous-préfecture voisine, et aux lointains centres de santé départementaux de Parakou et d'Abomey. Pour limiter les coûts et la durée du trajet, la gare de Papané a été fermée au début des années 1990, supprimant ainsi l'accès par train à l'hôpital Saint-Martin. Pour des questions d'horaire, cette fermeture a d'ailleurs essentiellement affecté les patients venant du nord, et n'a donc que peu pénalisé les patients de la sous-préfecture de Ouessè. Dans les faits, pour ainsi dire personne ne se rend en train au dispensaire de Kokoro. D'une part ce dispensaire n'est pas attractif, à voir son bas niveau de fréquentation, et il peine à attirer des patients extérieurs au village même. D'autre part, aucun autre village de la commune n'est situé le long de la voie ferrée et la gare la plus proche pour chacun d'eux est celle... de Kokoro. Il y a bien Yaoui, dans la commune de Kilibo, à mi-chemin de Kilibo et de Kokoro et situé le long de la voie ferrée. Comme la gare de Kokoro est à moins de deux kilomètres d'un dispensaire alors que celle de Kilibo en est à six, il y aurait là un certain potentiel d'utilisation du train. Mais la question ne se pose plus. En même temps que celle de Papané, la gare de Yaoui a été supprimée. Le préjudice en a été minime sur le plan de l'accès aux soins, puisque Yaoui est à moins d'un kilomètre de la route goudronnée et de ses taxis.

La gare de Toui PK a aussi été fermée, ce qui a été très dommageable pour ce village situé à huit kilomètres de la route, par une mauvaise piste non desservie par les taxis. Cette fermeture pénalisait aussi l'activité économique de ce village, au débouché d'une importante piste de trafic venant du Nigeria. Après tractations, on a rétabli l'arrêt des trains de nuit. Ce train est parfois

¹ Les taxis sont moins fréquents la nuit, mais aussi nettement moins utiles, sauf pour des urgences. Suite à des attaques de voleurs armés dans le secteur, toute circulation nocturne était interdite pendant certaines périodes.

utilisé par les malades de Toui PK pour aller de très bonne heure au CSSP de Tchaourou et pour en revenir, tard le soir. C'est à notre connaissance la seule utilisation du train dans la sous-préfecture de Ouessè, pour se rendre dans des services de santé. De par la localisation de ces derniers et des gares, les horaires et la concurrence des taxis, le train ne joue donc pas dans l'est de la sous-préfecture le rôle que l'on aurait pu imaginer dans le transport des patients.

Les taxis

Si la marche est le premier mode de transport utilisé pour se rendre dans un service de santé (cf. partie III, chap. 3h), les taxis jouent un rôle de plus en plus important avec l'allongement des distances à parcourir. Les bicyclettes et plus encore les petites motos jouent également un grand rôle, pour les distances courtes à moyennes. Mais elles ne sont pas appropriées pour tous les types de transports. Les voitures privées sont quasi inexistantes dans la sous-préfecture de Ouessè, et la plupart d'entre elles servent de taxis collectifs. Si le recours à un taxi est plus souple que celui aux trains, il convient tout de même de distinguer trois cas de figure fort différents:

- le village est localisé sur la route goudronnée;
- le village n'est pas sur la route, mais des entrepreneurs locaux possèdent des taxis;
- le village n'est pas sur la route et personne n'y possède de taxis.

Le premier cas de figure est de loin le plus favorable et le troisième le pire. Comme le trafic de taxis est assez intense entre Abomey et Parakou, tous les villages localisés le long de la route sont bien desservis. Tout au plus est-il parfois difficile de vouloir effectuer de très courtes distances, certains chauffeurs refusant d'embarquer ces passagers. Les plus gros villages situés le long de la route disposent encore souvent, en plus de l'offre extérieure de passage, de quelques taxis quittant le village le matin et y revenant le soir. Aucun taxi appartenant à des entrepreneurs extérieurs à la région ne quitte la route goudronnée.

Il existe deux moyens, non exclusifs, pour un village sur une piste d'être fréquenté par les taxis:

- un riche villageois local achète une ou deux voitures d'occasion (généralement des *Peugeot 504*), qu'il confie comme taxis à des chauffeurs;
- le village est localisé entre la route goudronnée et un autre village disposant de taxis.

Ces taxis vont quitter tous les matins leur village d'attache, dès qu'ils sont jugés suffisamment pleins, pour y revenir en fin d'après-midi. Il est alors possible de quitter le village et même la sous-préfecture pour des visites, du commerce, une consultation médicale... en étant assuré d'y revenir dans la journée. Lorsqu'il y a au moins deux taxis dans un village, l'un va vers le nord (Parakou), l'autre vers le sud (Abomey). A partir de "l'autogare" de Ouessè, il est souvent possible d'aller directement jusqu'à Cotonou. D'autres taxis de l'ouest de la sous-préfecture sont en correspondance avec les trains, à Kokoro. D'autres encore font des navettes sur de courtes distances, le jour des principaux marchés locaux. Partant de Vossa, un taxi relie tous les matins l'ouest de la sous-préfecture à l'hôpital Saint-Martin de Papané. Lorsque le dernier client du taxi a été examiné, le taxi, qui attend sur place, ramène tout le groupe dans l'ouest de la sous-préfecture. D'autres taxis s'arrêtent systématiquement devant cet hôpital, avant de poursuivre vers Parakou et de s'arrêter à nouveau à l'hôpital au retour.

Pourtant, les villages de cette deuxième catégorie sont nettement moins bien desservis que ceux localisés près de la route, car le trafic y est peu dense et unidirectionnel selon l'heure: tous les taxis quittent le village entre 7 heures 30 et 9 heures 30 et tous y reviennent entre 16 et 18

heures. Impossible d'aller à contresens, ni de voyager en dehors de ces heures. Il faut donc consacrer une journée entière au moindre déplacement en taxi.

Deux villages de la sous-préfecture ne sont pas desservis du tout ou très occasionnellement par les taxis (Idadjo, Toui PK). Ces villages sont localisés au bout de pistes plus ou moins en cul-de-sac et ne bénéficient pas de la présence d'un habitant suffisamment riche ou entreprenant pour investir dans un taxi. Ces deux villages sont de plus relativement petits, d'où un faible potentiel de voyageurs. Or un taxi quittant son port d'attache sans être bondé roule souvent à perte et il peut être difficile de compléter rapidement la clientèle dans d'autres villages où les entrepreneurs locaux tentent déjà de remplir leurs propres taxis¹. De plus, dans le cas particulier d'Idadjo, la piste menant au village est coupée cinq à six mois par an par les crues de la Beffa. Un taxi ne serait alors pas rentable.

Il existe encore un dernier cas de figure, rare dans la sous-préfecture de Ouessè, intermédiaire entre le deuxième et le troisième cas de figure: les villages localisés au bord d'une piste et sans taxis propres, mais profitant de ceux des entrepreneurs locaux situés en amont, par rapport à la route goudronnée. Il en existe trois exemples dans la sous-préfecture: Tosso, Attata et Idouya. Ces trois villages sont situés sur la piste reliant, via l'agglomération de Ouessè, Vossa à la route goudronnée, près de Kokoro. Les habitants de Tosso profitent pleinement des taxis quittant chaque matin Vossa, à moins d'un kilomètre. De plus, les localités situées à l'ouest de l'agglomération de Ouessè, dont Tosso, sont idéalement localisées par rapport au rythme des flux quotidiens de taxis: avant le CSSP de Ouessè et la bifurcation pour le nord ou le sud, dans le sens du départ. Il n'en va pas de même pour Attata et Idouya.

A presque quatre kilomètres de "l'autogare" de Ouessè (une simple place prolongeant celle du marché), Attata se trouve dans une position défavorable. De Ouessè, tous les taxis allant vers le nord empruntent la piste de Kémon, ceux allant vers le sud, la piste de Kokoro. Attata se trouvant sur la piste menant à Kokoro, une personne voulant aller vers le nord, à l'hôpital Saint-Martin de Papané par exemple, devra d'abord se rendre à Ouessè, par un autre moyen que le taxi, puisque ceux-ci ne vont en direction de Ouessè qu'en fin de journée. Si cette même personne veut aller vers le sud, il est prudent qu'elle fasse réserver une place, d'une manière ou d'une autre, ou qu'elle aille à Ouessè prendre le taxi, qui, bondé, ne s'arrêtera probablement pas à Attata. A l'exception du jeudi, jour du marché à Ouessè, un malade d'Attata voulant aller au CSSP a très peu de chances de faire les deux trajets en taxis. Tout au plus pourra-t-il aller en taxi au CSSP, vers 16 heures, et rentrer à pied ou avec une hypothétique "occasion". Même en passant la nuit à Ouessè, il peinera à trouver le lendemain un chauffeur qui accepte de le prendre pour seulement 3 kilomètres. Les chauffeurs cherchent en effet toujours à maximiser le taux de remplissage du taxi sur l'ensemble du trajet².

Sur la même piste qu'Attata, trois kilomètres avant d'atteindre la route goudronnée, Idouya connaît une situation similaire: des taxis traversent quotidiennement le village, mais lui sont d'une utilité limitée pour atteindre les services de santé. Un malade d'Idouya pourrait aller au

¹ Les entreprises de taxis de la sous-préfecture de Ouessè sont regroupées au sein d'une association et les prix sont fixes (et affichés). Comme il n'y a pas de concurrence sur les prix, les réseaux d'interconnaissance jouent un grand rôle dans le choix entre plusieurs taxis attendant de partir pour la même destination. La tendance est aussi de choisir le taxi le plus rempli, qui (en principe) partira le premier; ce qui favorise aussi les taxis du village même, souvent présents avant tous les autres.

² A moins que ce soit un parent ou une connaissance, les chauffeurs de taxis ne font pas de cadeaux aux personnes dans le besoin, comme les malades. La position de faiblesse d'un client potentiel permet au contraire souvent d'en tirer le meilleur parti. C'est le cas par exemple du transport des personnes décédées à l'hôpital Saint-Martin. Comme il est évidemment exclu de les transporter lors qu'une course normale de taxi, les parents doivent affréter un taxi spécial. Les chauffeurs sont souvent réticents ou faussement réticents à de telles missions, arguant parfois que cela porte malheur de transporter un mort. Les enchères montent donc et atteignent des montants très élevés, de l'ordre de 10'000 F CFA avant la dévaluation pour un trajet d'une cinquantaine de kilomètres. Ce surcoût d'un décès à l'hôpital conduit certaines familles à retirer le malade de l'hôpital avant qu'il ne meure, ce qui lui permet de mourir tranquillement à la maison, entouré des siens, motif généralement avancé dans ces cas.

dispensaire de Kokoro (6 kilomètres), au CSSP de Ouessè (18 kilomètres) ou à l'hôpital Saint-Martin de Papané (46 kilomètres), soit dans trois directions différentes. Pour les trois destinations le recours aux taxis est problématique. Pour aller à Kokoro, ce malade peut prendre un taxi venant de Ouessè, en matinée, et rentrer à Idouya vers 15 ou 16 heures, par un taxi y retournant. Mais ces taxis sont souvent pleins et il n'est pas sûr qu'un chauffeur daigne le prendre en charge pour un trajet si court. Le problème reste identique si le malade effectue à pied les trois kilomètres le séparant de la route goudronnée, où les taxis sont plus nombreux, mais aussi plus anonymes. Pour aller en taxi vers le nord, à l'hôpital Saint-Martin, le malade doit forcément se déplacer au préalable jusqu'à la jonction de la piste avec la route goudronnée. Le matin, un taxi venant de Ouessè pourrait l'y aider et le soir, un taxi rentrant à Ouessè pourrait aussi lui épargner les fatigues de la marche. Mais dans les deux cas se posent les mêmes problèmes que pour aller à Kokoro: les taxis sont souvent pleins et ne s'arrêtent pas. Aller au CSSP de Ouessè en taxi et en revenir est aussi difficile que pour un habitant d'Attata.

Ainsi, la mobilité conférée aux malades par la présence de taxis est fort variable d'un village à l'autre, selon la localisation du village – au bord de la route goudronnée ou non –, selon la présence ou l'absence d'entreprises locales de taxis, selon la localisation du village par rapport aux services de santé à visiter couplée aux horaires des flux de taxis. Il est indéniable que les malades potentiellement les plus mobiles, au regard de l'offre de transports publics, sont ceux qui résident au bord de la route goudronnée, puis ceux des localités s'étirant de Ouessè à Vossa, auxquels il convient d'ajouter ceux de Kémon, qui bénéficient à la fois des taxis locaux et du trafic généré par le groupe de localités précédent. En d'autres termes, les personnes bénéficiant de la meilleure mobilité potentielle habitent précisément là où se concentrent les services de santé. Les localités marginales sont donc doublement désavantagées: pas de service de santé (sauf à Djegbé) et pas ou peu de moyens de transport collectif. Cette double contrainte devrait directement se répercuter sur le taux d'utilisation global des services de santé. Nous posons donc l'hypothèse que la friction de la distance, mesurée par la baisse avec l'augmentation de la distance du taux d'utilisation des services de santé implantés dans d'autres localités, est influencée par la desserte – ou l'absence de desserte – par les taxis collectifs.

En février 1995, nous avons procédé à un inventaire des taxis en mains d'entrepreneurs de la sous-préfecture. A cette date, la sous-préfecture comptait 55 taxis, dont les trois quarts à l'Ouest (cf. Figure 22). Cette concentration des taxis à l'Ouest ne constitue pas une surprise au vu de l'absence de desserte de cette région par les taxis de l'extérieur, contrairement à l'Est constamment irrigué par les taxis sillonnant la route goudronnée.

La mobilité procurée par les taxis a un coût. Les entreprises de taxis sont organisées en associations régionales qui fixent des prix communs pour chaque destination. Les prix pour des courses les plus fréquentes sont affichés dans les taxis. En octobre 1993, il coûtait par exemple, à partir de Ouessè, 100 FCFA pour Attata et Odougba, 150 FCFA pour Gbanlin, 200 FCFA pour Tosso et Vossa, 300 FCFA pour Kokoro, Kokoro Gare, Challa Ogoï, Kémon, Djegbé et Idadjo (pour ce dernier village on trouve des taxis seulement en saison sèche et uniquement les mercredis et jeudis, pour le marché hebdomadaire de Ouessè), 400 FCFA pour Kilibo et Toui, 500 FCFA (900 FCFA aller et retour) pour l'hôpital Saint-Martin de Papané, 1'000 FCFA pour Parakou, 800 FCFA pour Savé, 1'800 FCFA pour Abomey et 2'500 FCFA pour Cotonou. Pour cette dernière destination, le train en deuxième classe coûtait un peu moins cher, mais il met, en général, plus de temps. Les malades de Yaoui se rendant au dispensaire de Kilibo (10 kilomètres de route goudronnée) devaient payer 150 FCFA, simple course. Au total, le taxi coûtait donc dans ce cas trois fois le prix de la consultation (sans les médicaments, plus chers), à supposer que le malade ne fût pas accompagné. De même, un malade de Kombon allant au dispensaire de Kokoro ou à la maternité de Challa Ogoï (7 kilomètres chacun) payait 100 FCFA simple course; pour aller au CCS de Kilibo (14 kilomètres), il devait déboursier 200 FCFA; pour aller au CSSP

de Ouessè (25 kilomètres), 300 ou 400 FCFA, selon qu'il devait ou non effectuer un transbordement à Enséké (à la jonction de la piste et de la route); et pour aller à l'hôpital Saint-Martin de Papané (39 kilomètres), 500 FCFA. En moyenne, pour les trajets internes à la sous-préfecture, chaque tranche de 7 kilomètres revenaient donc à environ 100 FCFA, avec un coût légèrement dégressif avec l'allongement des distances. Le coût minimal est rarement inférieur à 100 FCFA. Il en résulte qu'un malade se rendant en taxi dans le CCS de sa commune paiera presque toujours 200 à 300 FCFA, aller et retour. Comme nous le verrons plus loin (cf. partie III, chap. 2h), les taxis sont rarement utilisés pour atteindre des services de santé aussi proches.

La dévaluation du FCFA en janvier 1994 a entraîné une augmentation générale des prix des courses en taxis. En février 1995, les prix unitaires sont d'environ 40 % à 50 % plus élevés qu'en octobre 1993, avec de fortes variations selon les courses. Les trajets très courts n'ont pour ainsi dire pas augmenté, alors que les trajets à 400 FCFA sont passés à 600 FCFA (+ 50 %) ou à 700 FCFA (+ 75 %) selon les cas. Au début de l'année 1995 un trajet simple course pour aller de l'agglomération de Ouessè à l'hôpital Saint-Martin coûte 800 FCFA (1'500 FCFA pour un aller et retour, et au moins 10'000 FCFA pour une évacuation). Il en coûte 1'300 FCFA pour aller à Parakou, 2'400 FCFA pour Abomey et 3'500 FCFA pour Cotonou. Un malade de Kokoro ou de Challa Ogoï voulant aller au CSSP de Ouessè devra désormais déboursier 500 FCFA et autant pour aller à l'hôpital Saint-Martin. Pour les villages de la sous-préfecture les plus éloignés de cet hôpital, la course revient maintenant à 1'300 FCFA (Idadjo) et à 1'200 FCFA (Djebé). Un déplacement vers le village abritant le CCS le plus proche (ou le CSSP pour les villages directement desservis par lui) reste relativement bon marché: 100 à 200 FCFA (250 FCFA pour Idadjo). Selon les responsables de l'Association des transporteurs interrogés, la dévaluation n'aurait pas entraîné de baisse du nombre de passagers. Comme les prix pratiqués dans les services de santé publics n'ont pas augmenté de 1992 à 1995, la part de l'éventuel transport dans le coût total d'une consultation s'est accrue.

Les prix ci-dessus sont sujets à des augmentations temporaires. Cela a par exemple été le cas lorsque, avec la forte pénurie d'essence due aux troubles politico-économiques et à la grève du secteur pétrolier au Nigeria en 1993, le prix de l'essence a brièvement frisé les 400 FCFA le litre, alors qu'il n'était que d'environ 75 FCFA auparavant au marché noir, où tout le monde s'approvisionne. Durant quelques jours, très peu de taxis ont alors circulé, ce qui entraîna une baisse spectaculaire du nombre de consultations à l'hôpital Saint-Martin de Papané. Lorsque les pistes sont particulièrement mauvaises, durant la saison des pluies, il arrive aussi que les prix des courses soient majorés.

Ces prix valent aussi pour une utilisation normale des taxis collectifs, c'est-à-dire pour une place assise (ou une fraction de place!), avec un taxi qui ne quitte l'autogare de départ que lorsqu'il est plein. Pour les évacuations sanitaires urgentes, il est nécessaire d'affréter un taxi tout exprès, au prix fort. En 1992, une évacuation de Ouessè à l'hôpital Saint-Martin coûtait souvent 10'000 FCFA, contre 500 FCFA pour une course usuelle (respectivement 5 à 10'000 FCFA contre 300 FCFA depuis Kémon). Le pick-up du CSSP de Ouessè offrait le même service pour 7'000 FCFA, dans de meilleures conditions de confort, puisqu'il est alors possible de coucher le malade ou la parturiente sur un matelas. En 1993, une évacuation du dispensaire de Tosso au CSSP de Ouessè (10 kilomètres) coûtait 3'000 à 5'000 FCFA, contre 150 FCFA pour une course normale. La même année, une évacuation de Wokpa vers le dispensaire de Tosso (5 kilomètres) ou vers la maternité de Gbanlin (7 kilomètres) revenait à 2'000 FCFA avec "bâchée" louée à Gbanlin. Il en coûtait 4'000 FCFA pour le CSSP de Ouessè et 10'000 FCFA pour l'hôpital Saint-Martin, alors qu'une course normale de Gbanlin à cet hôpital coûtait 1'000 FCFA. La location d'une moto à Wokpa pour aller à Tosso (5 kilomètres) revenait à 1'000 FCFA (500 FCFA si l'on connaît bien le loueur). A Ayétoro, village de colons sur l'Okpara à l'est de Toui, une évacuation en véhicule tout terrain vers l'hôpital Saint-Martin

revenait à 20'000 FCFA en 1993. Début 1995, une évacuation en Jeep de Toui PK vers ce même hôpital coûtait de 6'000 à 8'000 FCFA.

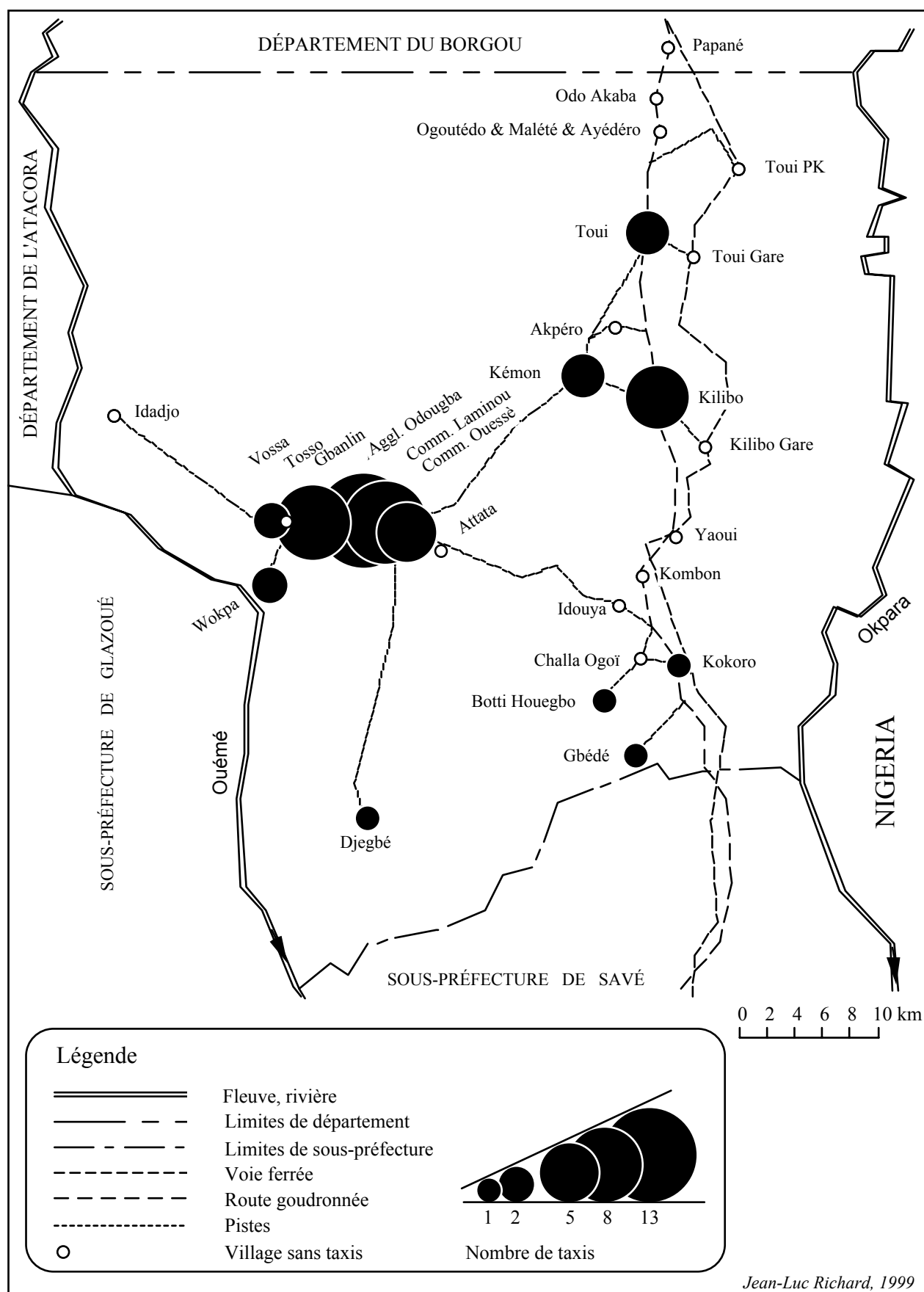


Figure 22 Nombre de taxis par village de la sous-préfecture de Ouessè en février 1995 (source: inventaire auprès de l'Association des transporteurs de la sous-préfecture).

Une sous-préfecture, deux régions

Au début de ce chapitre, nous avons décrit, à différentes échelles, la population de la sous-préfecture de Ouessè à partir des données du recensement national de la population de 1992. Il en ressortait que l'échelle régionale, opposant la moitié est de la sous-préfecture à sa moitié ouest, constitue une échelle pertinente d'analyse de la sous-préfecture. Toutes les variables étudiées n'opposent évidemment pas les deux moitiés de la sous-préfecture, mais leurs caractéristiques sont globalement assez différentes pour que nous puissions considérer l'est et l'ouest de la sous-préfecture comme deux régions distinctes.

Le terme de région est sans doute un peu abusif pour l'Est, dans la mesure où cette moitié de sous-préfecture se démarque de l'autre, mais pas forcément des territoires la jouxtant au nord et au sud, qui offrent à première vue de nombreuses similitudes avec elle. Il est donc possible, voire probable, que l'est de la sous-préfecture de Ouessè soit englobé dans une région plus vaste, que nous n'étudierons pas dans son intégralité puisque nous nous focalisons a priori sur la seule sous-préfecture de Ouessè. Ce type de question ne se pose pas pour la moitié ouest de la sous-préfecture, qui est bordée au nord, au sud, à l'ouest et, dans une moindre mesure, à l'est par de vastes *no man's lands*, de sorte que cette région constitue une enclave bien individualisée dans la brousse.

Dans ce chapitre, nous allons d'une part montrer que les caractéristiques des 23 localités de la sous-préfecture permettent clairement d'y distinguer deux régions principales et, d'autre part, faire la synthèse des caractéristiques permettant d'opposer ces deux régions. Pour la première étape, nous avons effectué un groupement hiérarchisé des localités (cf. Figure 23) au moyen du "progiciel R", en utilisant l'indice de similarité symétrique de Gower appliqué à 63 variables (celles reprises dans le Tableau 9), avec une connexité de 0,5 (LEGENDRE et LEGENDRE, 1984; LEGENDRE et VAUDOR, 1991). Pour la seconde étape, nous avons comparé la structure des variables, pour chacune des moitiés de la sous-préfecture (cf. Tableau 9). Ce dernier tableau permet également une comparaison synthétique des principales variables démographiques de la sous-préfecture de Ouessè et du Bénin, sur lesquelles nous ne reviendrons plus dans le texte.

Groupement des localités de la sous-préfecture de Ouessè

Le groupement hiérarchisé des localités de la sous-préfecture distingue deux grands groupes: les localités à forte majorité *mahi* et celles non *mahi*. Les premières appartiennent toutes à l'ouest de la sous-préfecture, alors que les secondes relèvent presque toutes de l'Est. L'affiliation religieuse distingue aussi ces deux premiers groupes de localités: religion traditionnelle, catholicisme, sectes chrétiennes et sans religion pour les localités de l'Ouest, catholicisme et islam pour celles de l'Est.

Le groupe des non *Mahi* se subdivise rapidement en deux sous-groupes opposant les trois villages comptant une majorité de ressortissants de l'Atacora, avec tout ce que cela implique pour de nombreuses variables (cf. la fin de ce chapitre), à l'ensemble des autres localités non *mahi*. Ces dernières se subdivisent ensuite en deux nouveaux groupes, distinguant les localités les plus caractéristiques de l'Est, d'une part, de deux villages atypiques parmi les localités non *mahi* et non peuplées d'immigrés de l'Atacora, d'autre part. Idadjo se singularise en effet par sa localisation à l'Ouest, bien que *nagot*, alors que Botti Houegbo est dans la situation inverse. Dans ce petit groupe, on aurait également pu s'attendre à retrouver Attata, second village *nagot* de l'Ouest, voire aussi Gbédé, autre village de l'Est se démarquant par une structure ethnique particulière (beaucoup de "autres ethnies" et une forte minorité *peul*). Mais il ne faut pas oublier que la similarité entre les localités repose sur la comparaison de 63 variables et que l'appartenance ethnique n'est pas la seule clé de lecture, même si elle paraît souvent déterminante.

QuickTime™ et un décompresseur
Photo - JPEG sont requis pour visualiser
cette image.

Figure 23

Groupement hiérarchisé des villages de la sous-préfecture de Ouessè selon 63 variables, liaison proportionnelle, connexité 0.5 (cf. Tableau 9 pour la liste des variables; source: recensement de la population de 1992 et distances mesurées sur cartes et au compteur).

Le groupe des six localités *mahi* de l'Ouest se subdivise en deux sous-groupes: Gbanlin et Ouessè, d'une part, Djegbé, Odougba, Tosso et Vossa, d'autre part. Les deux premières localités se distinguent des autres par une proportion plus élevée de catholiques, par une moindre proportion d'agriculteurs et de personnes qui ne sont jamais allées à l'école, par un nombre de pièces par logement et par un indice de niveau économique supérieurs. Vossa se détache un peu de son sous-groupe à cause d'une proportion nettement plus élevée de *Fon*, due à la présence du gros village de colonisation agricole de Wokpa.

L'ensemble des variables descriptives considérées permettent donc clairement d'identifier trois groupes de localités au sein de la sous-préfecture de Ouessè, qui, à deux exceptions près, s'organisent en trois entités spatiales continues:

- les six localités *mahi* constituant l'essentiel de l'ouest de la sous-préfecture;
- les localités *nagot* constituant l'essentiel de l'est de la sous-préfecture, y compris Gbédé, village majoritairement *basa*, et Botti Houegbo, majoritairement *mahi*, à l'Est, et Attata et Idadjo, les deux villages *nagot* de l'Ouest;
- les trois villages officiels du nord-est de la sous-préfecture, le long de la voie ferrée, très majoritairement peuplés de colons agricoles de l'Atacora.

Ces trois groupes ressortent généralement aussi bien lorsque seule une partie des indicateurs, démographiques, culturels, économiques ou d'accessibilité sont considérés. Par certains aspects, notamment l'accessibilité, les deux villages *nagot* de l'Ouest s'apparentent aussi aux localités *mahi* de l'Ouest. Mais comme les facteurs culturels semblent déterminants dans le regroupement des localités, ils restent d'une manière globale clairement rattachés aux localités *nagot*. Encadrant les villages *mahi* à l'est et à l'ouest, Idadjo et Attata peuvent être considérés comme des villages de transition entre les espaces *mahi* et *nagot*.

Caractéristiques comparées des deux régions de la sous-préfecture de Ouessè

Après que la méthode de groupement hiérarchisé des localités ait confirmé l'existence de deux, voire trois régions, au sein de la sous-préfecture, nous allons synthétiser les caractéristiques de chacune d'elles (cf. Tableau 9) et relever les principales différences. Les deux régions décrites ci-dessous ne correspondent pas parfaitement aux deux régions découlant de la méthode de groupement: Attata et Idadjo, deux villages de l'Ouest relevant du pôle *nagot* selon le groupement, donc essentiellement de l'Est, sont réunis avec les autres localités de l'Ouest. Nous préférons conserver ces deux villages dans la région Ouest pour préserver son unité territoriale, bien marquée par une vaste zone quasiment inhabitée entre l'Est et l'Ouest, et respecter la polarisation économique et sanitaire de ces deux villages sur les centres de l'Ouest (Ouessè et Gbanlin). Finalement, nous décrirons une sous-région de l'Est, qui s'en distingue presque autant que de l'Ouest; de sorte qu'elle pourrait être considérée comme une région à part entière, nonobstant sa taille limitée.

Les caractéristiques démographiques de l'Est et de l'Ouest sont dans les grandes lignes similaires (cf. Tableau 9). La population de l'Ouest est un peu plus féminine et jeune que celle de l'Est. Le taux brut de mortalité sur un an est nettement plus élevé à l'Ouest (10 ‰ contre 6 ‰), expliquant largement un taux de croissance naturelle inférieur (36 ‰ contre 42 ‰). Pour le statut matrimonial des habitants de 10 ans et plus, l'Est se distingue principalement de l'Ouest par une proportion plus élevée de monogames (39 % contre 31 %), impliquant une proportion plus faible de polygames (21 % contre 26 %).

La composition ethnique de l'Est et de l'Ouest est par contre très différente. La presque totalité des *Mahi* habitent l'Ouest, où ils constituent presque 74 % de la population. A l'inverse,

la majorité des *Nagot* habitent l'Est, où ils représentent 61 % de la population. On rencontre cependant 7 % de *Nagot* parmi les habitants de l'Ouest. Il n'est donc pas exagéré d'opposer une moitié *nagot* de la sous-préfecture à une moitié *mahi*, comme le font d'ailleurs communément les habitants de la sous-préfecture. Les minorités ethniques sont cependant plus nombreuses – en valeurs absolue et relative – à l'Est qu'à l'Ouest, à l'exception des *Fon*, dont bon nombre seraient en fait des *Mahi*. Les immigrés de l'Atacora sont cinq fois plus nombreux à l'Est qu'à l'Ouest, les *Peul* deux fois plus nombreux, de même que les autres ethnies non classées. Le lieu de naissance des habitants de la sous-préfecture confirme que les autochtones sont plus nombreux à l'Ouest qu'à l'Est (83 % nés dans la sous-préfecture contre 68 %).

La religion distingue aussi nettement l'Est de l'Ouest. La religion traditionnelle reste la première religion de l'Ouest, suivie de près par les personnes ne déclarant aucune appartenance religieuse, puis par les catholiques et les autres religions chrétiennes (sans les protestants). A l'Est, la population est majoritairement catholique (42 %) et musulmane (31 %), puis, loin derrière, protestante (près de 15 %). Toutes les autres religions y sont presque absentes.

Le niveau d'éducation formelle est plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest. Cela se traduit par une proportion plus élevée de personnes de plus de trois ans qui fréquentent ou ont fréquenté l'école (27 % contre 22 %) et par une proportion plus importante de personnes de trois ans et plus sachant lire et écrire en français (20 % contre 14 %).

L'Ouest est plus agricole que l'Est (82 % contre 75 %), différence compensée par une proportion moindre de commerçants et d'artisans, d'employés non agricole ou de manoeuvres.

L'habitat et le mode d'approvisionnement en eau distinguent également l'Est de l'Ouest. Bien que très minoritaire dans les deux régions, le recours aux eaux de surface pour l'approvisionnement des ménages est trois fois plus fréquent à l'Est qu'à l'Ouest. Alors que les habitants de l'Ouest recourent massivement aux pompes, seule une bonne moitié des habitants de l'Est y ont accès, un petit quart utilisant des puits et un autre petit quart les eaux de surface. La proportion de toits de paille est presque trois fois plus élevée à l'Est (32 %) qu'à l'Ouest. Les sols en terre dans les maisons y sont aussi un peu plus fréquents. Si les maisons de l'Est apparaissent en moyenne un peu moins "opulentes" que celles de l'Ouest, elles sont par contre nettement plus grandes et on y vit moins entassé (1,34 personne par pièce contre 1,60). Les unités d'habitation de cinq pièces et plus sont proportionnellement deux fois plus nombreuses à l'Est qu'à l'Ouest. Celles d'une et deux pièces sont par contre deux fois plus nombreuses à l'Ouest qu'à l'Est. La différence d'aisance moyenne des maisons (nature du toit et du sol) entre les deux moitiés de la sous-préfecture est uniquement due à la forte présence d'immigrés à l'Est. Les maisons de l'Ouest sont en moyenne plus petites parce que les *Mahi* vivent généralement en ménages nucléaires, alors que les familles étendues sont plus fréquentes chez les *Nagot*.

Certaines caractéristiques culturelles et socio-économiques des habitants de la sous-préfecture permettent donc beaucoup mieux que les caractéristiques démographiques de distinguer deux régions au sein de la sous-préfecture de Ouessè. Les principales oppositions reposent sur l'appartenance ethnique, sur l'affiliation religieuse, sur le mode d'approvisionnement en eau et sur l'habitat. Dans une moindre mesure, la structure professionnelle et le niveau d'éducation, distinguent aussi l'Est de l'Ouest.

Une dernière série de caractéristiques, liées à l'accessibilité, opposent les deux moitiés de la sous-préfecture. La distance moyenne pondérée des habitants de l'Ouest au CSSP de Ouessè, centre de santé officiel de référence pour l'ensemble de la sous-préfecture, est de 6,4 kilomètres,

Tableau 9 Synthèse des principales caractéristiques de l'est, de l'ouest et de l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè et comparaison avec les caractéristiques

démographiques du Bénin (sources: recensement de la population de 1992 et cartes).

	Est SP		Ouest SP		Sous-préfecture		Bénin	
Indicateur	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes	12'929	49.8	12'501	47.9	25'430	48.8	239'0336	48.6
Femmes	13'020	50.2	13'621	52.1	26'641	51.2	252'5219	51.4
Population totale	25'949	100.0	26'122	100.0	52'071	100.0	491'5555	100.0
Moins de 1 an	1'090	4.2	1'067	4.1	2'157	4.1	162'033	3.3
1 à 4 ans	4'208	16.2	4'110	15.8	8'318	16.0	745'774	15.2
5 à 14 ans	7'345	28.4	8'246	31.6	15'591	30.0	147'9005	30.1
Total enfants	12'643	48.8	13'423	51.5	26'066	50.1	238'6812	48.6
15 à 44 ans	9'805	37.9	9'482	36.3	19'287	37.1	190'2642	38.8
Plus de 44 ans	3'450	13.3	3'184	12.2	6'634	12.8	619'497	12.6
Total adultes	13'255	51.2	12'666	48.5	25'921	49.9	252'2139	51.4
Total âge	25'898	100.0	26'089	100.0	51'987	100.0	490'8951	100.0
Hommes de 15 à 44 ans	4'539	46.3	4'188	44.2	8'727	45.2	858'442	45.1
Femmes de 15 à 44 ans	5'266	53.7	5'294	55.8	10'560	54.8	1'044'200	54.9
Total adultes de 15 à 44 ans	9'805	100.0	9'482	100.0	19'287	100.0	1'902'642	100.0
Taux brut de natalité sur 1 an ^a		4.8		4.5		4.6		4.7
Taux spécifique de natalité sur 1 an ^a		23.3		22.2		22.8		--
Taux de mortalité sur 1 an ^a		0.6		1.0		0.8		1.6
Taux de croissance naturelle sur 1 an ^a		4.2		3.6		3.9		3.2
Sex-ratio à la naissance sur 1 an		106		100		103		--
Jamais marié	5'468	36.2	5'815	38.0	11'283	37.1	--	--
Veuf	665	4.4	825	5.4	1'490	4.9	--	--
Monogame	5'836	38.7	4'692	30.7	10'528	34.7	--	--
Polygame	3'122	20.7	3'954	25.9	7'076	23.3	--	--
Total statut matrimonial	15'091	100.0	15'286	100.0	30'377	100.0	--	--
Fon et apparentés, dont <i>Mahi</i>	1'699	6.6	21'471	82.5	23'170	44.7	2'072'738	42.5
<i>Yoruba</i> et apparentés, dont <i>Nagot</i>	15'707	60.8	1'910	7.3	17'617	34.0	594'776	12.2
<i>Peul</i>	1'556	6.0	716	2.7	2'272	4.4	301'686	6.2
Ethnies de l'Atacora	5'262	20.4	1'031	4.0	6'293	12.1	?	?
Autres ethnies ^b	1'613	6.2	910	3.5	2'523	4.9	1'909'590	39.1
Total ethnies	25'837	100.0	26'038	100.0	51'875	100.0	4'878'790	100.0
Né dans sous-préfecture de Ouessè	17'750	68.4	21'598	83.0	39'348	75.7	--	--
Né dans l'Atacora	3'411	13.1	755	2.9	4'166	8.0	--	--
Né dans une autre sous-préf. du Zou	1'970	7.6	2'013	7.7	3'983	7.7	--	--
Né ailleurs au Bénin	1'510	5.8	735	2.8	2'245	4.3	--	--
Né à l'étranger	1'305	5.0	908	3.5	2'213	4.3	--	--
Total lieu naissance	25'946	100.0	26'009	100.0	51'955	100.0	--	--
Religion traditionnelle	593	2.3	7'313	28.1	7'906	15.2	1'725'877	35.3
Catholicisme	10'936	42.3	5'636	21.6	16'572	31.9	1'271'170	26.0
Protestantisme	3'761	14.5	554	2.1	4'315	8.3	174'413	3.6
Autres religions chrétiennes	603	2.3	4'782	18.4	5'385	10.4	1'011'193	20.7
Islam	8'111	31.4	1'047	4.0	9'158	17.6	295'246	6.0
Autres religions	719	2.8	236	0.9	955	1.8	91'449	1.9
Sans religion	1'138	4.4	6'486	24.9	7'624	14.7	313'602	6.4
Total religion	25'861	100.0	26'054	100.0	51'915	100.0	4'882'950	100.0

^a Estimations à partir du recensement national de la population de 1992.

^b Y compris celles de l'Atacora pour le Bénin.

Tableau (suite)

	Est SP		Ouest SP		Sous-préfecture	
Indicateur	N	%	N	%	N	%
A fréquenté l'école	3'287	14.4	2'985	12.9	6'272	13.6
Fréquente actuellement l'école	2'924	12.8	2'017	8.7	4'941	10.7
N'est jamais allé à l'école	16'674	72.9	18'129	78.4	34'803	75.6
Total statut scolaire	22'885	100.0	23'131	100.0	46'016	100.0
Lit et écrit le français	4'547	20.1	3'115	13.7	7'662	16.9
Ne lit et n'écrit pas le français	18'076	79.9	19'555	86.3	37'631	83.1
Total statut de lecture	22'623	100.0	22'670	100.0	45'293	100.0
Agriculteur	8'051	75.3	10'489	82.4	18'540	79.1
Commerçant	1'362	12.7	989	7.8	2'351	10.0
Artisan, employé, manoeuvre	893	8.3	841	6.6	1'734	7.4
Emploi tertiaire supérieur	198	1.9	207	1.6	405	1.7
Transporteur	195	1.8	200	1.6	395	1.7
Total profession	10'699	100.0	12'726	100.0	23'425	100.0
Pompe	2'135	54.3	4'120	88.2	6'255	72.7
Puits	926	23.5	182	3.9	1'108	12.9
Eaux de surface	873	22.2	369	7.9	1'242	14.4
Total approvisionnement en eau	3'934	100.0	4'671	100.0	8'605	100.0
Toit de paille	1'226	31.5	557	11.9	1'783	20.8
Toit de tôle	2'665	68.5	4'126	88.1	6'791	79.2
Total nature du toit	3'891	100.0	4'683	100.0	8'574	100.0
Sol de terre	2'420	61.4	2'600	55.2	5'020	58.0
Sol cimenté	1'524	38.6	2'107	44.8	3'631	42.0
Total nature sol	3'944	100.0	4'707	100.0	8'651	100.0
Densité d'habitants par pièce		1.34		1.60		1.46
1 à 2 pièces par unité d'habitation	1'003	25.4	2'435	51.6	3'438	39.6
3 à 4 pièces par unité d'habitation	1295	32.7	1337	28.3	2'632	30.3
5 pièces et plus par unité d'habitat.	1'657	41.9	947	20.1	2'604	30.0
Total des "taille des unités d'habit."	3'955	100.0	4'719	100.0	8'674	100.0
Indice économique		18		19		18
Distance moyenne des habitants, en kilomètres:						
au CSSP de Ouessè		28.6		6.4		17.5
au CCS (ou CSSP) le plus proche		3.8		2.6		3.2
à l'hôpital St-Martin de Papané		26.6		53.9		40.3
à la route goudronnée		2.8		27.3		15.1
à une gare		6.7		30.0		18.4

Indice d'accès aux taxis	2.1	1.8	2.0

contre 28,6 kilomètres pour ceux de l'Est¹. A l'inverse, les habitants de l'Est habitent en moyenne deux fois plus près que ceux de l'Ouest de l'hôpital Saint-Martin de Papané, centre de référence de fait pour la sous-préfecture (respectivement à 26,6 et 53,9 kilomètres). Ils habitent par contre en moyenne plus loin d'un service de santé public – CCS ou CSSP (3,8 contre 2,6 kilomètres).

Avec une approche un peu différente, mais toujours en utilisant la distance linéaire comme indicateur, la Figure 24 fait clairement ressortir la meilleure accessibilité des habitants de l'Ouest à un service de santé formel. Remarquons d'abord que cette accessibilité est globalement très bonne dans la sous-préfecture de Ouessè: près de la moitié de la population habite à moins d'un kilomètre d'un service de santé formel, près des deux tiers à moins de 3 kilomètres, 86 % à moins de 5 kilomètres et 98 % à moins de 11 kilomètres. Si 52 % des habitants de l'Est résident à moins d'un kilomètre d'un service de santé, contre 45 % de ceux de l'Ouest, la tendance s'inverse rapidement: 74 % des habitants de l'Ouest logent à moins de 2 kilomètres d'un service, contre 52 % à l'Est. Ces valeurs sont respectivement de 96 et 63 % pour 4 kilomètres. Puis l'Est comble progressivement son retard. Finalement, tous les villages officiels de l'Est sont à moins de 11 kilomètres d'un service de santé formel, alors que ceux de l'Ouest en sont à moins de 4 kilomètres, à l'exception d'Idadjo, à 17 kilomètres.

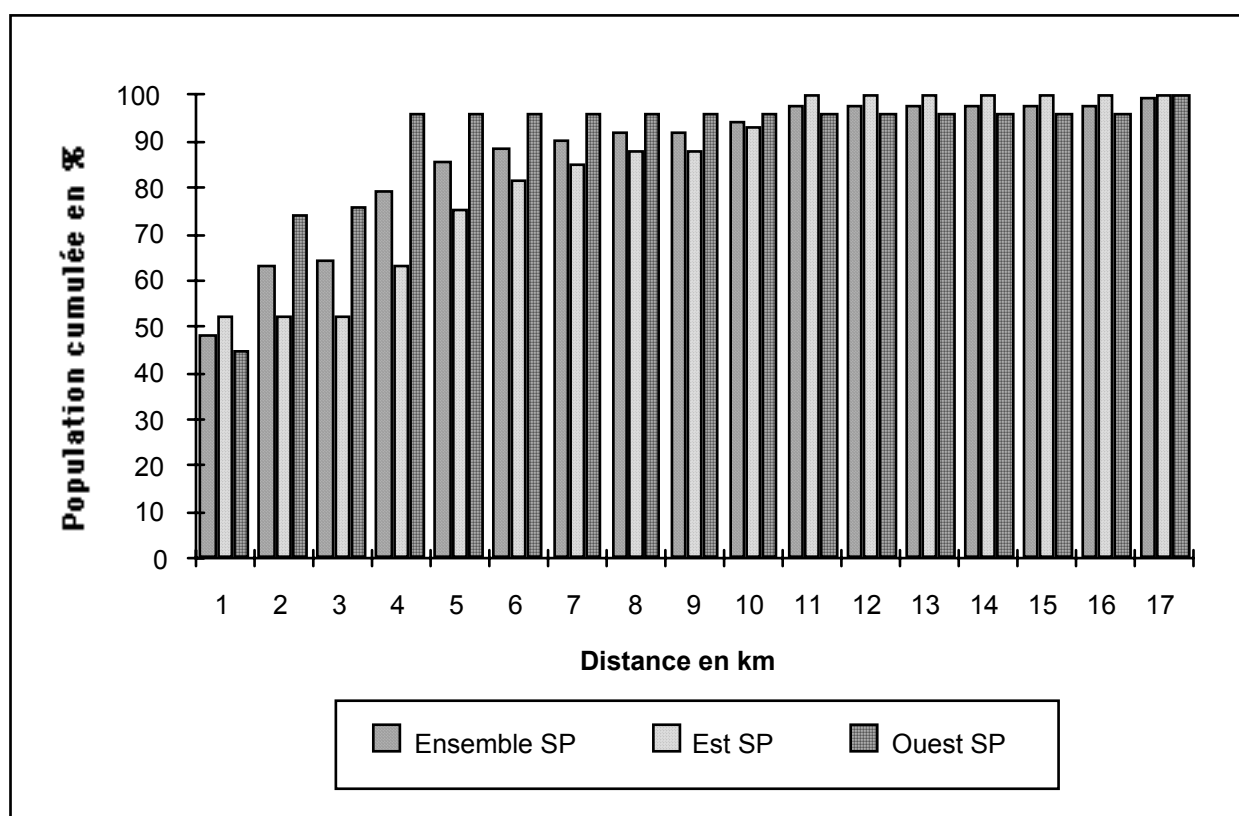


Figure 24 Accessibilité des habitants de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè à un service de santé formel: population cumulée en fonction de la distance au service le plus proche en 1994 (sources: recensement national de la population, 1992, cartes au 1/25'000 et 1/10'000 et compteur kilométrique).

¹ Faute de données plus précises, nous avons dû considérer que la totalité de la population de chaque village officiel est concentrée dans le village éponyme du village officiel, ce qui tend à minimiser la distance moyenne réelle.

Les voies de communication importantes sont beaucoup plus accessibles aux habitants de l'Est qu'à ceux de l'Ouest. Les premiers résident en moyenne à 2,8 kilomètres de la route goudronnée et à 6,7 kilomètres d'une gare desservie, alors les seconds en habitent à respectivement 27,3 et 30 kilomètres. La desserte par les taxis, pondérée par la taille de la population concernée, a été estimée pour la sous-préfecture et ses deux moitiés au moyen d'un indice d'accès aux taxis. Chaque village s'est vu attribuer un indice allant de 0 à 3 :

- 0 pour les villages où ne passent (quasi) jamais de taxis;
- 1 pour les villages où passent quotidiennement très peu de taxis et/ou qui s'y arrêtent rarement car ils sont pleins et/ou qui circulent avec des horaires et un sens de parcours incompatibles avec un retour au domicile dans la journée;
- 2 pour les villages desservis quotidiennement par d'assez nombreux taxis, mais avec un départ imposé en début de matinée et un retour imposé en fin de journée;
- 3 pour les villages localisés le long de la route goudronnée, où passent à toute heure de la journée de nombreux taxis.

L'indice moyen d'accès aux taxis est de 2 pour l'ensemble de la sous-préfecture, de 2,1 pour l'Est et de 1,8 pour l'Ouest. L'écart entre l'Est et l'Ouest est peu marqué, bien que tous les villages avec un indice de 3 soient dans l'Est. Cela résulte d'une grande diversité de situations à l'Est (indice de 0 à 3 selon les localités), alors que la plupart des localités de l'Ouest ont un indice de 2 (seulement un village officiel avec un indice de 0 et deux localités avec un indice de 1).

Le résultat du groupement hiérarchisé des localités de la sous-préfecture, tout comme l'étude de la structure de nombreux indicateurs décrivant deux zones définies a priori concordent : la sous-préfecture de Ouessè est constituée de deux entités distinctes. Mais les limites n'en sont pas abruptes. Les villages officiels d'Attata et d'Idadjo – partageant quelques caractères communs importants avec l'Est, comme l'appartenance ethnique et religieuse – encadrent les localités constituant le noyau dur de l'Ouest et servent de zones de transition. D'autre part, il est encore possible d'individualiser une sous-région au sein de l'Est : les trois villages officiels du nord-est de la sous-préfecture (Toui PK, Toui Gare et Kilibo Gare) caractérisés par une proportion très élevée de colons agricoles, principalement de l'Atacora.

Cette sous-région de l'Est compte environ 5 100 personnes en 1992, soit 10 % de la population de la sous-préfecture ou 20 % de celle de l'Est. Ces proportions sont en augmentation, puisque l'immigration s'y poursuit et que le taux de croissance naturelle y est supérieur à celui de la sous-préfecture. Les caractéristiques culturelles, socio-économiques et, dans une moindre mesure, démographiques des habitants de cette sous-région se distinguent largement des caractéristiques moyennes des habitants de la sous-préfecture, comme de celles des habitants de l'Est (y compris les trois villages officiels en question). Ce qui justifie d'en faire une entité séparée.

Relevons les différences les plus importantes, tant par rapport à l'ensemble de la sous-préfecture que de sa seule moitié est. La structure de la population de ces trois villages officiels est caractérisée par une proportion plus élevée de jeunes adultes de 15 à 44 ans (41 % de la population contre 37 à 38 % pour la sous-préfecture et l'Est), qui se répercute sur une proportion plus élevée d'enfants de moins de 5 ans (23 % contre 20 % pour la sous-préfecture et l'Est). Les enfants de 5 à 14 ans y sont par contre plus rares (moins de 27 % contre 30 % pour la sous-préfecture et plus de 28 % pour l'Est), de même que les adultes âgés de plus de 44 ans (respectivement 9, 13 et 13 %).

La forte et récente immigration de jeunes adultes dans ces trois villages explique cette structure par âge particulière. La proportion de femmes parmi les jeunes adultes (52 %) y est

plus faible que pour l'ensemble de la sous-préfecture (55 %) et que pour l'Est (54 %), sans doute parce que l'immigration est un peu plus fréquente chez les hommes que les femmes. Bien que la proportion des femmes de 15 à 44 ans dans la population générale y soit à peine supérieure à celle de la sous-préfecture et de l'Est, les taux brut et spécifique de natalité pour ces trois villages officiels sont nettement plus élevés qu'ailleurs. Le taux brut de natalité y est de 58 ‰, contre 46 ‰ pour la sous-préfecture et 48 ‰ pour l'Est. Ces valeurs sont respectivement de 268, 228 et 233 ‰ pour le taux de natalité spécifique. Ce taux de natalité spécifique plus élevé pourrait s'expliquer par l'hypothèse suivante: les femmes de 15 à 44 ans de ces trois villages sont en moyenne plus jeunes que celles du reste de la sous-préfecture, du fait de l'immigration récente et massive de jeunes femmes. Le taux de mortalité y est par contre identique à celui de l'Est (6 ‰). La surmortalité attendue du fait de la proportion plus élevée d'enfants de moins de 5 ans y est sans doute compensée par la plus faible proportion d'adultes âgés, autre catégorie d'âge très exposée. Cette jeunesse de la population explique que le veuvage y soit plus de quatre fois inférieur à celui enregistré dans la sous-préfecture ou dans l'Est. Malgré le jeune âge moyen des adultes, la polygamie y est plus élevée qu'ailleurs: 25 contre 23 % pour la sous-préfecture et 21 % pour l'Est.

Cette sous-région constitue une enclave ethnique d'immigrés de l'Atacora au sein du pays *nagot*. Ils y constituent presque 70 % de la population, contre environ 12 % pour la sous-préfecture et 20 % pour l'Est. Les *Nagot* n'y sont que 11 %, contre respectivement 34 et 68 %. Toutefois, ces trois villages sont loin d'être ethniquement homogènes, puisque de nombreux groupes ethniques de l'Atacora, culturellement souvent très différents, participent à l'immigration. Avec plus de 9 % de la population, les colons *fon* y sont aussi bien représentés, alors que les *Peul* y sont peu nombreux par rapport à l'Est (environ 3 contre 6 %). Les *Mahi*, principale ethnie de la sous-préfecture (presque 38 %) y sont quasi absents, tout comme dans l'Est en général. La présence massive d'immigrés récents dans ces trois villages officiels est également marquée par le lieu de naissance. Près de 76 % des habitants de la sous-préfecture sont nés dans la sous-préfecture. Ce taux tombe à 38 % dans la sous-région du nord-est, dont 40 % de la population est née dans le département de l'Atacora.

Comme il existe une certaine association entre appartenance ethnique et affiliation religieuse, ces trois villages se caractérisent aussi par une structure religieuse particulière. La moitié de la population y est musulmane, contre seulement environ 18 % pour la sous-préfecture et 31 % pour l'Est. Un quart de la population y est catholique, contre respectivement 32 et 42 %. Les personnes sans religion y sont proportionnellement beaucoup plus nombreuses que dans l'Est (presque 13 % contre plus de 4 %). Les autres religions y sont marginales.

Plus de 90 % des actifs de ces trois villages sont des agriculteurs, contre 79 % pour la sous-préfecture et 75 % pour l'Est. Toutes les autres professions y sont nettement sous-représentées par rapport à la sous-préfecture et à l'Est. Presque 83 % des habitants de 3 ans et plus ne sont jamais allés à l'école, contre respectivement 76 et 73 %. L'approvisionnement en eau potable y est nettement plus problématique qu'ailleurs, puisque 42 % des ménages recourent aux eaux de surface, contre 14 % pour la sous-préfecture et 22 % pour l'Est. Les puits y sont aussi beaucoup plus fréquemment utilisés qu'ailleurs (respectivement 34, 13 et 24 %), alors que l'accès aux forages y est relativement rare (24 % contre respectivement 73 et 54 %). Le caractère profondément rural et agricole de cette petite région, allié à l'installation récente de la plupart de ses habitants, qui n'envisagent de plus pas forcément l'émigration comme une option définitive, expliquent pourquoi les maisons y sont plus modestes qu'ailleurs. Plus de 83 % des maisons sont dotées d'un toit de paille, contre 21 % pour la sous-préfecture et 32 % pour l'Est. De même, 89 % des unités d'habitation ont un sol de terre battue, contre respectivement 58 % pour la sous-préfecture et 61 % pour l'Est. Le nombre de pièces par unité d'habitation y est nettement moins élevé que pour l'Est: 42 % des maisons n'y ont qu'une ou deux pièces, contre 24 %; à l'inverse

seules 19 % des maisons y ont cinq pièces et plus, contre 42 %. Tout comme à l'Ouest (1,60) mais contrairement à l'Est (1,34), le nombre moyen de personnes par pièce est élevé (1,57). L'indice du niveau économique de cette sous-région est nettement plus bas que celui de la sous-préfecture et de l'Est (6 contre 18 chacun).

En conclusion, ces trois villages officiels, y compris les villages non officiels, hameaux et fermes qui en dépendent comme Sokoroko, Toui VAP et Ayétoro, de même que, dans une moindre mesure, Odo Akaba, dépendant d'Ogoutédo, constituent une petite région bien différente, par les caractéristiques de ses habitants et de leur habitat, à la fois de l'ensemble de la sous-préfecture et de sa moitié Est. De plus, cette région correspond à une entité naturelle particulière: l'essentiel de la forêt classée de Toui-Kilibo et sa frange ouest. La localisation de cette région, sa proximité de la voie ferrée, de la route et de l'hôpital Saint-Martin de Papané, de même que, assez faiblement il est vrai, des caractéristiques comme le taux de mortalité, la présence de *Nagot* et de musulmans, la rapproche cependant de l'Est. Mais par quelques autres caractéristiques, cette petite région s'apparente plutôt à l'ouest de la sous-préfecture: proportion d'agriculteurs élevée, bas niveau de formation, petites unités d'habitation avec forte densité d'occupants.

Nous avons insisté sur les caractéristiques de ce petit groupe de villages officiels parce qu'il nous semble représentatif des zones de colonisation agricole de la sous-préfecture, qui toutes se démarquent clairement des localités autochtones, notamment par leurs mauvais indicateurs économiques, mêmes si elles ne sont pas forcément homogènes entre elles sur le plan culturel (affiliation ethnique et religieuse notamment). Aucune autre zone que le nord-est de la sous-préfecture ne concentre autant de colons allochtones et n'implique un territoire homogène aussi étendu et continu. La question de savoir si d'autres populations allochtones individualisent des territoires que l'on pourrait considérer comme des régions ne se pose donc pas ailleurs. Il convient toutefois de garder à l'esprit que, au sein des deux régions que nous avons définies selon des critères d'homogénéité, il existe une sous-région (une région?), quelques villages officiels et des zones de colonisation qui présentent certaines caractéristiques différentes de celles de leur région.

2. LA MALADIE AU BÉNIN

Ce chapitre poursuit un double but. D'une part, il montre, d'une manière sommaire, que la nosologie et l'étiologie locales des maladies ne sont ni identiques à celles de la médecine moderne, auxquels les patients sont de plus en plus souvent confrontés puisque les thérapeutes modernes ont largement supplanté les guérisseurs traditionnels au Bénin, ni même l'objet d'un consensus au sein d'une population. D'autre part, ce chapitre montre quels sont les principaux problèmes de santé au Bénin, à travers le prisme déformant des activités curatives des services de santé publics et confessionnels.

a) Perception de la maladie

Sindzingre et Zempleni (1981) observent à propos des *Senoufo* de Côte d'Ivoire qu'écrire une taxonomie médicale serait une entreprise absurde car les causalités formulées a priori forment un ensemble fluctuant qui ne constitue en rien un corpus fixe ni un codage définitif. Ce constat vaut largement au-delà des seuls *Senoufo*. Comme le montre Fassin (1992) à travers des exemples illustrant la difficulté de dresser une nosologie des maladies au Sénégal, les nosologies ne sont de plus pas indépendantes de ceux qui les énoncent.

La classification des maladies en Afrique occidentale repose cependant largement sur une dichotomie de base:

- les maladies de Dieu, c'est-à-dire les maladies naturelles;
- les maladies provoquées, c'est-à-dire celles qu'un homme envoie à un autre homme, par l'intermédiaire d'un sorcier (d'une sorcière¹, le plus souvent), ou les maladies qu'un sorcier envoie directement à un ennemi.

Il existe parfois une catégorie mixte, comme au Ghana (FOSU, 1981). Nous retrouvons cette dichotomie au Bénin et en particulier dans la sous-préfecture de Ouessè.

Certains symptômes, comme par exemple le dépérissement progressif des enfants que la médecine moderne considère comme de la malnutrition, sont plus susceptibles que d'autres d'être considérés comme provoqués. Cependant, beaucoup plus que la nature de la maladie, ce sont les circonstances entourant sa survenue qui font pencher pour l'une ou l'autre grande catégorie étiologique. Ainsi par exemple, une morsure de serpent est a priori considérée comme un événement naturel. Par contre, si des morsures de serpents, événement rare à un niveau individuel, surviennent à répétition chez la même personne ou au sein du même ménage, on en vient à se demander si elles ne résultent pas d'un envoûtement. Le fait pour un adulte d'avoir une maladie typiquement infantile peut provoquer les mêmes interrogations. La soudaineté de la maladie peut aussi être un signe de son origine provoquée.

La lecture d'un événement morbide ne sera pas non plus la même s'il survient après une altercation, si l'on est en situation de concurrence avec une autre personne ou si un succès personnel est considéré comme susceptible d'attirer la jalousie d'autrui. On nous a par exemple rapporté que certains ressortissant de l'ouest de la sous-préfecture ayant émigré et fait fortune en Côte d'Ivoire avaient renoncé à revenir régulièrement au village pour les fêtes de fin d'année, après le constat répété de décès dans leur ménage peu après le retour en Côte d'Ivoire. Le Meur (1998) rapporte qu'un gros transporteur de Gbanlin et son ménage avaient été parmi les premiers

¹ Sorciers et sorcières ne se déclarent jamais comme tels. Il s'agit donc de personnes vivant au sein de la communauté, sur lesquelles pèsent de lourds soupçons, sans preuves.

de la commune à se convertir à l'Union de la renaissance de l'homme en Christ, afin de se soustraire à tout événement fâcheux suscité par la jalousie. Le recours à un sorcier peut aussi être un moyen de défense ou de vengeance utilisé par des personnes se sentant agressées. Un interlocuteur dira à ce propos: "La sorcière n'attaque pas sans raison, il faut avoir fait du mal pour être attaqué".

La réaction de la maladie aux premiers traitements joue également un rôle important dans la détermination de son étiologie, naturelle ou provoquée. Si une maladie réagit bien à son traitement usuel, elle sera considérée comme naturelle. Par contre, si le traitement habituel reste sans effet, que la maladie empire, on tiendra un indice d'une maladie provoquée. Cet indice est encore renforcé si la maladie tend à se pérenniser, résistant à tous les traitements. Le fait d'avoir cette maladie pour la première fois constitue alors un indice supplémentaire. Paradoxalement, l'hôpital est indirectement utilisé par certaines personnes comme moyen d'identification des maladies provoquées. Selon un vieil homme de Gbanlin

la manifestation des maladies naturelles et surnaturelles peuvent être les mêmes. Mais comme l'origine est différente, le traitement doit aussi être différent. L'hôpital est inefficace contre les maladies surnaturelles. Certaines maladies deviennent surnaturelles si l'hôpital n'arrive pas à poser un diagnostic, à les guérir.

Les maladies sanctions constituent une catégorie particulière de maladies provoquées. Elles résultent du manquement, volontaire ou non, à ses devoirs envers les ancêtres, les divinités familiales, des membres de la famille ou encore un interdit alimentaire. Les maladies élections, autre catégorie particulière de maladies provoquées, sont envoyées par une divinité qui désigne, par ce moyen, les personnes devant la servir.

Encadré 1

La mère d'une vieille femme *mahi* de Ouessè – cette dernière avait environ 14 ans au moment de ces événements – a souffert d'une maladie pendant 13 mois. Un mois après le début de la maladie, le mari de la malade a pu diagnostiquer un "paludisme femelle". Accompagné des frères de la malade, il est alors allé vers l'Ouémé chercher deux sortes de racines, dont celles du karité. Sa mère s'est lavée matins et soirs durant un an avec de l'eau dans laquelle on avait fait bouillir ces racines. Cette recette provenait du père de la malade, qui avait la même maladie et se traitait ainsi. Il l'avait transmise à son beau-fils, en lui disant que cela permettait de guérir, mais prenait du temps. La malade n'a jamais essayé un autre traitement, ni consulté un guérisseur. Le mari de la malade s'y était opposé, malgré les conseils en ce sens de la famille. Il n'a pas refusé pour des questions d'argent, mais parce que ce n'était pas dans ses habitudes de consulter. Il traitait en famille et s'en remettait à la volonté de Dieu. Puis sa mère s'est rétablie, du moins elle disait être guérie, mais ils n'avaient rien pour le vérifier. Ils ont considéré le traitement administré comme efficace, puisque la malade n'était pas morte.

Peu après, cette dernière tomba enceinte. Trois mois après l'accouchement, la mère tomba à nouveau malade. "S'il y avait eu l'hôpital, ils l'auraient amenée et elle serait guérie", dira sa fille. Comme elle semblait guérie depuis longtemps, ce que semblait attester la grossesse, ils n'ont pas pensé qu'il s'agissait de la même maladie, ce d'autant plus qu'elle avait eu de la fièvre pendant le second épisode, mais pas durant le premier. Son mari lui a donc administré des remèdes traditionnels, mais pas les mêmes que lors de l'épisode précédent. Puis, la voyant condamnée, il cessa tout traitement. Les frères de la malade l'ont supplié d'emmener sa femme consulter. Il refusa, affirmant que dans sa famille c'était une honte de consulter. Le nourrisson est décédé. La malade est devenue de plus en plus chétive, on lui voyait les côtes. Puis elle est morte. "On ne savait pas comment lutter contre le paludisme, car il n'y avait pas encore d'hôpital. Sur le moment, on ne savait pas que c'était le paludisme. C'est avec l'apparition de

l'hôpital et l'envoi de malades avec la même maladie que l'on sait que c'est le paludisme, car les infirmiers l'appellent ainsi".

Ainsi, la détermination de l'étiologie d'un épisode morbide constitue généralement tout un processus, au cours duquel la nature, les circonstances et l'évolution de la maladie sont jaugées, la faisant parfois basculer du statut de maladie naturelle à celui de maladie provoquée, avec éventuellement plusieurs allers et retours entre ces deux pôles. Mais, comme le rappelle Fosu (1981), l'étiologie attribuée dépend des caractéristiques de ceux qui la posent. Ainsi au Ghana, plus on est jeune et plus on montre une attitude "scientifique" quant à l'étiologie des maladies. De plus, la religion des personnes interrogées y influencent l'étiologie invoquée. Une fois réuni un faisceau d'indices en faveur d'une étiologie non naturelle, le malade béninois ou son entourage¹ peut consulter le *bokono* (le devin) pour confirmer ces soupçons. Si l'étiologie est supposée provoquée ou confirmée comme telle par le devin, le thérapeute le plus approprié est a priori le devin lui-même, qui préconise une réparation, ou un guérisseur traditionnel. Mais, faisant preuve de pragmatisme, le malade n'écarter pas la possibilité d'une visite à l'hôpital, en cas d'échec de ces thérapeutes.

A titre d'exemple, nous décrivons ci-dessous la perception locale de quelques maladies, parmi celles considérées comme les plus fréquentes et/ou les plus graves. Plusieurs informateurs ont contribué à ces descriptions. Certains éléments, quelquefois contradictoires avec l'opinion plus générale, n'étaient parfois mentionnés que par un ou quelques informateurs. On observe donc une certaine variabilité des noms de maladies, de leur gravité perçue, de l'étiologie et surtout des symptômes.

Le manyan

Cette maladie porte le même nom en *mahi* et en *nagot*. Elle correspond probablement à la candidose digestive, infection due à une levure, qui attaque tout le système digestif. Cette maladie grave, parfois mortelle (toujours selon certains) mais pas très rapidement, frappe les jeunes enfants. Elles "ronge les intestins" et se caractérise par un anus rouge, enflammé, si bien que la peau pèle, comme si elle était brûlée.

Selon une herboriste de l'agglomération de Ouessè, il s'agit d'une nouvelle maladie dans la région. Selon une autre informatrice, le *manyen* serait dû à la consommation des cubes *Maggi* (condiment). "Il n'y avait pas de *manyen* avant les cubes". Une rumeur assez généralisée voudrait d'ailleurs que les cubes *Maggi* (certains précisent qu'il s'agit en fait uniquement des imitations fabriquées au Nigeria sous une autre marque, beaucoup plus souvent consommés) seraient à l'origine de divers problèmes du système digestif. Selon un autre informateur, les insectes seraient à l'origine du *manyen*.

Le "paludisme femelle"

Le "paludisme femelle" ou *hwesiv* $\supset$ *asi* en *mahi* (de *hwe*, le soleil, en référence à la chaleur, à la fièvre, de *siv* $\supset$, l'huile rouge de palme, allusion aux urines rouges, et de *asi*, femelle) et *iba abo* en *nagot* correspond au paludisme de la médecine occidentale. Selon les informateurs locaux, ses symptômes sont de fortes fièvres, le froid, les tremblements, le manque d'appétit, l'impression que tous les aliments sont amers, les articulations douloureuses, la fatigue. Il s'agit de la maladie la plus commune au Bénin. Il est considéré comme normal que tous les enfants l'aient et qu'elle frappe encore épisodiquement les adultes. Cette maladie peut être mortelle. Son étiologie locale est l'excès d'efforts, de travail; surtout s'il est effectué sous un

¹ Ce sont souvent les "vieux" qui consultent le *bokono* pour toute la famille.

soleil de plomb, rajoutent certains interlocuteurs. Cette étiologie renvoyant à une exposition excessive au soleil a également été relevée à Cotonou (BOULOUANI, 1996) et sur la côte du Ghana (SENAH, 1993). Quelques vieux *Mahi* de la sous-préfecture de Ouessè pensent aussi que la consommation en grande quantité de maïs frais grillé ou d'ignames grillées aux champs causent aussi le "paludisme femelle". Beaucoup rajoutent aussi que "les infirmiers disent que ce sont les moustiques et ils préconisent les moustiquaires".

Le "paludisme femelle" est souvent traité par l'automédication, avec des médicaments modernes ou la phytothérapie. En l'occurrence, ces deux formes d'automédication peuvent s'appuyer sur un nombre considérable de médicaments modernes et de recettes traditionnelles. Sogogandji (1990) a recensé pas moins de 117 médicaments contre le paludisme dans un échantillon de pharmacies, sans parler des nombreux médicaments que l'on trouve en vente libre sur les marchés. A base de feuilles (dont souvent des feuilles de *neem*, bien connu dans toute l'Afrique occidentale comme remède contre le paludisme), d'écorces et de racines, les tisanes familiales contre le paludisme se déclinent presque à l'infini. Les familles se donnent souvent des règles, probablement souples dans leur application, quant à la durée du traitement en automédication. Certaines ont pour habitude d'appliquer l'automédication pendant 3 jours en cas de "paludisme femelle", d'autres pendant 7 jours, avant de consulter en cas d'échec.

Le "paludisme mâle"

Le "paludisme mâle" ou *hwesiv* $\supset$ *asu* en *mahi* et *iba ak* $\supset$ en *nagot* correspond, semble-t-il, à l'ictère (jaunisse) de la médecine occidentale. Les symptômes de cette maladie considérée comme très grave ("seul un sur quatre survit" dira une matrone) sont d'abord une forte fièvre, puis, le troisième jour, le blanc des yeux, les paumes, la langue virent au jaune, le tout accompagné d'un manque d'appétit, d'urines très jaunes, de courbatures. Sans traitement efficace, la mort peut intervenir dans les deux à quinze jours, selon les informateurs, alors que "le paludisme femelle traîne un mois". Selon la plupart des informateurs, le *hwesiv* $\supset$ *asi* et le *hwesiv* $\supset$ *asu* sont deux formes de la même maladie ou du moins des maladies parentes, avec la même étiologie, mais des symptômes différents et des traitements différents. Certains affirment qu'un "paludisme femelle" non guéri débouche sur un "paludisme mâle".

Beaucoup d'interlocuteurs affirment aller directement à l'hôpital (terme désignant généralement aussi les CCS) en cas de "paludisme mâle". Mais selon certains vieux *Mahi* de Ouessè, "les Blancs n'ont pas trouvé le remède. Il est donc inutile d'aller à l'hôpital". Un interlocuteur de Djegbé préfère aussi aller directement chez un guérisseur, car la guérison est plus rapide et c'est moins cher.

L' "attaque"

L' "attaque" (*az* $\supset$ *n kawunkawun* en *mahi* (ou *noukovi* selon une vieille femme) et *igbone* en *nagot*) est considérée comme une maladie très grave, souvent mortelle, qui frappe essentiellement les enfants jusqu'à 2 ans (jusque vers 8 ou 15 ans, selon d'autres). Ses symptômes sont la contraction des bras, la mâchoire hermétiquement close, la "nuque faible" (tête qui "ballotte"), les yeux "en l'air" (d'autres disent qu'ils "roulent" ou qu'ils "tournent"), de la fièvre et une respiration anormale. Selon Braendli (1985), qui a été médecin expatrié dans la sous-préfecture de Ouessè, le diagnostic profane de l' "attaque" constitue un indicateur sensible mais peu spécifique pour le tétanos néonatal. Le dictionnaire français - fon (RASSINOX, 1987) traduit d'ailleurs *az* $\supset$ *n kawunkawun* par tétanos.

L'“attaque” serait héréditaire¹ (“dans le sang”) ou encore due à un mauvais vent. L'hôpital est souvent tenu pour efficace contre cette maladie. Beaucoup d'interlocuteurs affirment d'ailleurs aller directement à l'hôpital en cas d'“attaque”, contrairement à ce qu'ils font pour beaucoup d'autres maladies. Certains connaissent des recettes à base de plantes, qui soulagent ou guérissent l'“attaque”. Pour des raisons financières, ces derniers y recourent parfois, avant d'aller au besoin à l'hôpital.

Il semble y avoir deux formes d'“attaque”;

– *igbone guiri* en *nagot*: soit la forme décrite ci-dessus.

– *igbone oréré* en *nagot*: cette maladie frappe surtout les enfants de 6 mois à 2 ans. Il y a ni fièvre ni convulsion, les mains et les pieds sont très froids, les yeux tout blancs et le malade est complètement apathique “comme après une piqûre de *valium*”. Cette forme serait plus dangereuse que la précédente et la mort interviendrait rapidement. Selon une informatrice, “cette maladie est dangereuse, car si on ne la connaît pas, on croit que l'enfant dort”. Cette informatrice fait le lien entre cette maladie et l'anémie, qu'elle mentionne plus comme cause d'*igbone oréré* que comme son équivalent biomédical. Les examens et le traitement qu'elle décrit en cas de visite à l'hôpital est d'ailleurs celui des anémies sévères.

La hernie

La hernie est appelée *axwlili* en *mahi* et *kɔbe kɔbe* ou *n'daou* en *nagot*. Selon certains vieux *Mahi*, la hernie touche surtout les paysans, “car ils ne mangent pas à l'heure”. D'autres reconnaissent qu'elle concerne aussi les femmes et les enfants, mais moins fréquemment.

Selon les mêmes vieux *Mahi*, la hernie prendrait trois formes se caractérisant par des symptômes différents:

- maux de ventre;
- selles noires et “intestins rouillés”;
- ventre ballonné comme une femme enceinte, comme si l'on était empoisonné.

Selon une matrone *nagot*, il n'y aurait que deux formes de hernie:

- une qui sort (*kɔbe kɔbe* désigne les boudruches avec lesquelles jouent les enfants);
- une qui ne sort pas, mais que l'on reconnaît car le malade est cassé en deux.

Mais tous les informateurs s'accordent sur la gravité de la hernie, quelle que soit sa forme. Tous insistent également sur la nécessité d'une opération chirurgicale rapide, voire urgente. L'un dira: “Le seul remède valable est l'hôpital”. L'autre surenchéra: “On ne peut rien faire de définitif à la maison. Il faut opérer”. Quant à matrone, elle affirme que: “On les traite avec une tisane, qui apporte une amélioration jusqu'au moment où l'on a l'argent pour opérer, ce qui peut durer un an. Mais si cette tisane ne soulage pas rapidement, il est nécessaire d'aller d'urgence à l'hôpital, sous peine de mort. Si elle soulage, les malades peuvent retourner aux champs et certains ne se feront jamais opérer, prenant de la tisane chaque fois que la hernie sort”. Un changement de perception de la hernie aurait de plus favorisé le recours “à l'hôpital”: “Autrefois, on cachait les hernies, car c'était honteux. On pensait que c'était une maladie vénérienne². On se contentait de soulager au moyen de recettes traditionnelles. Il y avait beaucoup de décès”.

¹ Peut-être que cette étiologie découle d'une mauvaise compréhension du fait que l'on vaccine les mères pour protéger les nouveau-nés, ce qui pourrait suggérer que la mère transmet le tétanos à son enfant.

² Selon cet informateur, il ne serait d'ailleurs plus honteux aujourd'hui d'avoir des maladies vénériennes.

Association entre maladies et types de recours

L'opposition entre maladies naturelles et maladies provoquées renvoie-t-elle à l'opposition classique dans une certaine littérature ou certains discours entre "maladies pour l'hôpital" et "maladies pour le guérisseur" ou "pour l'indigénat", d'après une autre terminologie? Selon une formulation plus générale, peut-on prévoir le type de soins recherchés en fonction de l'étiologie prêtée à la maladie? Fosu (1981) pense que oui. Pour notre part, nous avons insisté, à partir de notre expérience béninoise, sur l'émergence souvent progressive d'une étiologie définitive, avec des modifications possibles, au gré de nouveaux éléments ou interprétation propres à chaque cas de maladie.

En tout cas au Bénin, il n'y a guère de place pour des maladies a priori, clairement et définitivement considérées comme naturelles ou provoquées. La réponse à la question ci-dessus est donc clairement non, si par maladie on entend une maladie, un diagnostic en général – le "paludisme femelle", la diarrhée, le *manyen*... La réponse est par contre partiellement oui, si par maladie on entend un cas particulier de maladie, à un moment donné de son cours. Nous avons vu qu'a priori, la plupart des cas de maladie sont considérés comme naturels au Bénin, laissant la porte ouverte à presque tous les recours disponibles, y compris aux guérisseurs (mais rarement aux devins), alors que, d'autre part, les cas de maladie considérés à un moment donné comme provoqués débouchent le plus souvent sur la consultation d'un guérisseur ou d'un devin.

L'étiologie prêtée à la maladie oriente donc bien la recherche de soins et, en ce sens, elle comporte une dimension prédictive. Mais cette dernière est limitée, notamment parce qu'une étiologie n'est pas associée de manière rigide à un diagnostic, mais bien définie au coup par coup, selon les caractéristiques et l'évolution du cas de maladie, celles du malade et de son entourage. Dès lors, tout comme il n'y a pas de maladies a priori naturelles ou provoquées, il ne saurait y avoir de maladies a priori pour l'hôpital ou pour le guérisseur.

Dans la pratique, on observe cependant parfois une tendance à recourir préférentiellement à l'un ou l'autre type de thérapeutes selon la maladie. Ces choix sont plus dictés par l'expérience de l'efficacité respective des deux types de médecine envers chaque maladie, que par des considérations étiologiques. Mais ici encore, les expériences individuelles sont si diverses, que l'on observe rarement un consensus large, si ce n'est pour quelques maladies. D'une région à l'autre, ce ne sont d'ailleurs souvent pas pour les mêmes maladies que l'hôpital ou les guérisseurs sont considérés comme particulièrement efficaces (HOURS, 1986; DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [et al.], 1988).

Au Bénin, les principaux apports perçus de la médecine moderne par rapport à la médecine traditionnelle sont la chirurgie, la transfusion sanguine et les injections, mais pas la méthode diagnostique ou les médicaments, qui existaient déjà sous une autre forme. Dans la sous-préfecture de Ouessè, il semble se dégager une tendance¹ à considérer l'hôpital comme plus efficace que l'automédication traditionnelle ou les guérisseurs pour la diarrhée, les maux de tête, les maux de ventre, les accouchements et, dans une moindre mesure, le "paludisme femelle", les morsures de serpents et les parasitoses intestinales. Par contre, contrairement aux guérisseurs, l'hôpital ne serait pas efficace contre l'épilepsie, le rhumatisme, la folie (souvent perçue comme une punition envoyée par Dieu), les empoisonnements provoqués et toutes les maladies considérées comme provoquées quelle que soit leur nature. Pour des maladies comme l'"attaque" ou le "paludisme mâle", les avis divergent passablement sur l'efficacité relative de l'hôpital et des guérisseurs.

Cette rapide préenquête montre que les problèmes de santé pour lesquels un type de médecine surclasse clairement l'autre, selon la population, ne sont pas très nombreux. De plus,

¹ Nous n'avons pas fait d'étude particulière sur la question.

on est loin d'un plein accord entre les informateurs sur le type de recours le plus qualifié pour prendre en charge la plupart des affections citées. Tout comme pour l'étiologie, l'efficacité perçue des deux types de médecine ne renferme qu'une valeur prédictive limitée quant aux choix thérapeutiques subséquents. D'autre part, et l'étude des itinéraires thérapeutiques nous le montrera (cf. partie III, chap. 3h), les malades et leur entourage font preuve d'un grand pragmatisme: ils passent facilement et presque sans exclusive d'un recours à l'autre en cas d'échec du traitement. L'éventuelle suprématie prêtée à l'un ou l'autre système médical pour une maladie quelconque est donc surtout susceptible d'influencer le choix du premier recours extérieur.

La dichotomie entre les maladies pour l'hôpital et pour le guérisseur semble plus nette au Burkina Faso, ce qui fait dire à Fainzang (1986) que le dispensaire y est considéré comme une institution spécialisée dans certaines affections et qu'il y a plus complémentarité que concurrence avec les guérisseurs. Nous verrons que, dans la sous-préfecture de Ouessè, c'est maintenant les guérisseurs qui sont plutôt considérés comme des spécialistes auxquels on fait appel en des circonstances précises, mais rares.

b) Principaux problèmes de santé diagnostiqués au Bénin

L'ensemble des relevés nosologiques fournis par les services de santé publics et confessionnels fournissent la mortalité et la morbidité diagnostiquées par cause. Il s'agit d'un reflet déformé, et différemment déformé selon la pathologie, de la morbidité et de la mortalité réelle. Ces données ne permettent pas d'affirmer que les maladies peu ou pas diagnostiquées sont quasi absentes dans la population. Par contre, les pathologies diagnostiquées sont bel et bien présentes. Les maladies ou groupes de maladies fréquemment diagnostiquées constituent donc des problèmes de santé majeurs, sans qu'ils soient forcément les seuls. Comme approximation de la gravité des cas, nous distinguerons les malades non hospitalisés des malades hospitalisés et la morbidité de la mortalité (pour les hospitalisés uniquement, les décès étant fort rares durant les consultations ambulatoires ou l'attente qui les précède).

Comme ce sont en principe les nouveaux cas de maladie qui sont enregistrés plutôt que les patients, une consultation peut constituer deux voire trois nouveaux cas, s'il y a plusieurs diagnostics. Cet enregistrement cas plutôt que par patient offrent l'avantage de pouvoir dresser des relevés nosologiques de toutes les affections traitées. L'inconvénient est qu'ils exagèrent un peu le nombre réel de patients examinés et donc les taux de fréquentation de même que le volume d'activité par service et agent de santé¹. Les relevés nosologiques fournis par le Ministère de la santé s'appuient uniquement sur les nouveaux cas. Nous utiliserons ci-après les données de l'année 1993 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

Les malades non hospitalisés

L'ensemble des services de santé publics et confessionnels du Bénin ont accueilli 1'224'479 nouveaux cas en 1993, dont 48'809 (4 %) ont été hospitalisés, parmi lesquels 2'912 (6 %) sont décédés à l'hôpital. Pour le département du Zou, ces chiffres sont respectivement de 176'868, 13'157 (7,4 %) et 684 (5,2 %).

¹ Pour examiner le niveau d'utilisation des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons préféré nous appuyer essentiellement sur les nouveaux consultants, plus représentatifs des choix thérapeutiques de la population que les nouveaux cas ou que le cumul des nouveaux et des anciens cas. Le nombre de nouveaux consultants n'est nulle part directement disponible. Il nécessite un retour aux registres de patients et un nouveau décompte par consultant, en supprimant les enregistrements multiples du même patient.

Les maladies infectieuses et parasitaires sont largement prépondérantes. Elles constituent plus de 60 % des nouveaux cas ambulatoires des maladies sous surveillance, sans compter celles de la rubrique “autres affections”, qui englobe probablement aussi des maladies infectieuses ou parasitaires. Le paludisme arrive en tête, constituant presque un tiers des nouveaux cas (32,1 %). Il est suivi par les infections respiratoires aiguës (infections broncho-pulmonaires et ORL), avec 15,6 %. L'ensemble des maladies diarrhéiques arrivent en troisième position (8,3 %), suivies par les traumatismes en tous genres (5,3 %) et les anémies (4,6 %).

L'évolution mensuelle du nombre de nouveaux cas ambulatoires pour l'ensemble du Bénin est marquée par des minimums en janvier et en février (environ 84'000 nouveaux cas par mois) et des maximums en juin et juillet (environ 116'000 et 119'000 nouveaux cas; cf. Figure 25). Le nombre de nouveaux cas pour les autres mois fluctue aux alentours de 100'000. Le mois de juillet enregistre 1,4 fois plus de consultations que celui de février. Pour le département du Zou, le nombre mensuel de nouveaux cas augmente plus régulièrement entre le minimum de janvier (12'000 cas) et le maximum de juillet (18'000 cas), soit 1,5 fois plus. Tout comme pour l'ensemble du Bénin, on assiste ensuite à une chute assez brutale en août (12'600 nouveaux cas), peut-être due à la petite saison sèche estivale et au début des récoltes. Puis le nombre de nouveaux cas fluctue jusqu'à la fin de l'année.

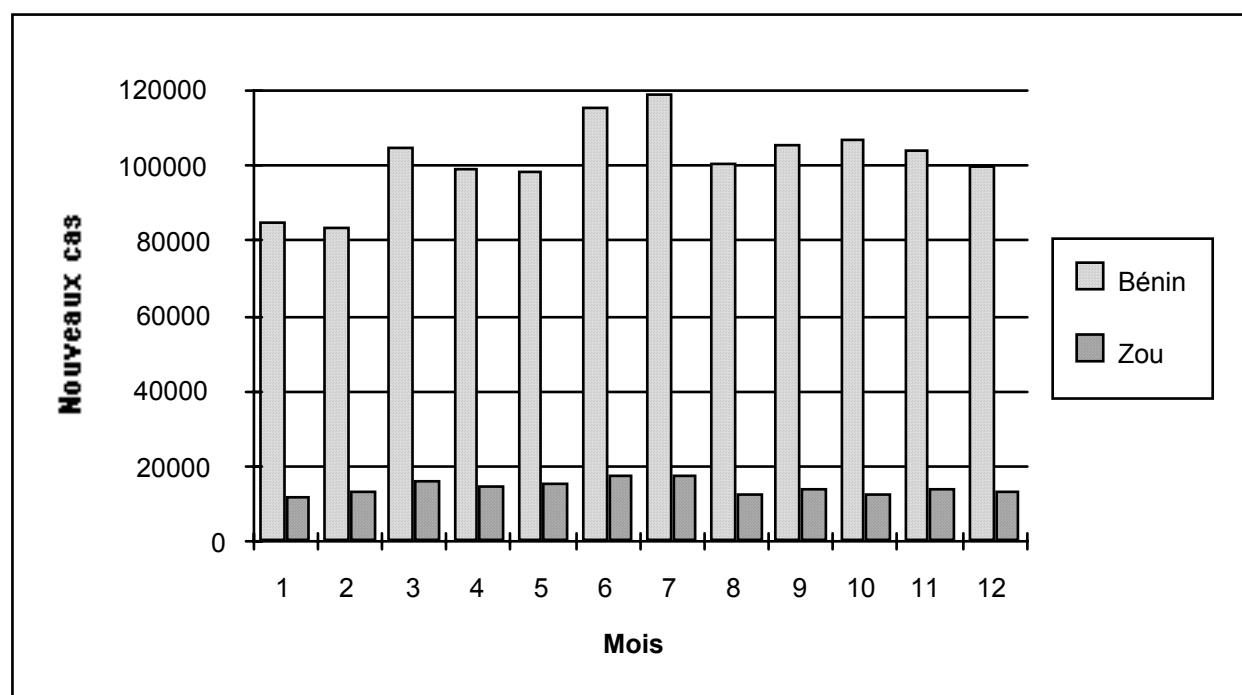


Figure 25 Nombre mensuel de nouveaux cas ambulatoires en 1993 dans l'ensemble des services de santé publics et confessionnels du Bénin et du département du Zou (source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

Les variations saisonnières du nombre mensuel de nouveaux cas découlent de la saisonnalité marquée de certaines affections fréquentes, en premier lieu le paludisme. Pour l'ensemble du pays, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de paludisme est minimal en février (23'500 cas), mois très sec pendant lequel souffle l'harmattan sur une partie du pays, conditions défavorables aux Anophèles, et maximal en juillet (43'000 cas, soit 1,8 fois plus), mois le plus pluvieux. De février à mai, le nombre de cas augmente lentement, avant de progresser fortement en juin et en juillet. Il diminue ensuite régulièrement jusqu'en janvier, avec cependant une légère recrudescence en octobre, après une baisse sensible en septembre, peut-être consécutive à la petite saison sèche. Avec un nombre mensuel de cas bien inférieur, l'anémie suit

assez précisément le rythme du paludisme. Cela n'est pas une surprise, dans la mesure où le paludisme constitue justement au Bénin la principale cause d'anémie.

Le nombre de consultations pour l'ensemble des maladies diarrhéiques tend à augmenter de janvier à juin, c'est-à-dire du milieu de la saison sèche au début de la saison des pluies. Puis le nombre de consultations diminue jusqu'en octobre. Ce rythme de consultation est probablement lié à la disponibilité et à la qualité des eaux de surface, utilisées par presque 21 % des unités d'habitation du Bénin, sans parler de la plupart des paysans aux champs. Dès que la saison des pluies est bien engagée, les eaux de surfaces sont nombreuses, souvent courantes et soumises à une faible charge de population. Au fur et à mesure que la saison sèche avance, sources, ruisseaux et rivières tarissent. Ne subsistent alors que les principales mares et les trous d'eau dans les marigots, eau de plus en plus souillée du fait de la charge humaine et animale croissante et du faible volume d'eau disponible. Environ la moitié de la population béninoise n'a pas accès à une eau saine. Plus de la moitié de la population recourt à l'eau de puits, dont environ les trois quarts pâtissent de pollution fécale (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

Le nombre de nouvelles consultations pour l'ensemble des traumatismes enregistre une nette augmentation de janvier à avril, puis un long pallier légèrement décroissant jusqu'à la fin de l'année. Le calendrier agricole semble influencer ce rythme de fréquentation des services de santé pour les traumatismes. Janvier et février constituent la morte saison agricole, si l'on excepte la récolte du coton, peu dangereuse. Par contre, mars, avril et mai constituent la période des défrichements, de la préparation des champs et de la chasse. Les accidents (morsures de serpents, blessures au coupe-coupe...) sont alors un peu plus fréquents qu'en période de semis, sarclages et récoltes.

Le nombre de nouvelles consultations pour les infections respiratoires aiguës, auxquelles nous avons associé les affections ORL, ne présente pas de caractère saisonnier. On aurait pu s'attendre à trouver un pic de novembre à février, mois les plus froids de l'année, avec souvent de l'harmattan de décembre à février, vent desséchant apportant une brume de fines poussières.

Le nombre de cas déclarés de rougeole a chuté de façon spectaculaire de 1985 (environ 13'400 cas) à 1992 (environ 3'000 cas) et ce malgré une amélioration de la notification des cas. Cela résulte probablement de la constante augmentation de la couverture vaccinale pour le vaccin antirougeoleux, qui est passée de 10 % à près de 70 % au cours de la même période (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

Pour certains problèmes de santé, les services de santé formels (mais aussi souvent les services informels), ne sont pas aptes, ou pas considérés comme tels, à répondre aux besoins de la population. Ils ne sont donc pas ou peu fréquentés pour ce type de problèmes. Les statistiques d'utilisation ne fournissent alors aucune indication sur les besoins réels. Parmi ces problèmes, nous pensons en premier lieu à la santé mentale, puis à des problèmes oculaires (besoin de lunettes correctrices) et dentaires (bien que la carie dentaire soit communément considérée comme rare en Afrique subsaharienne). Sans être inconnus dans les services de santé, d'autres problèmes y sont peu représentés par rapport aux besoins réels – sans doute très élevés –, notamment parce que les besoins perçus sont faibles, comme pour la malnutrition (moins de 10'000 cas diagnostiqués, soit 0,8 % des nouveaux cas), ou parce que l'efficacité des services de santé publics est limitée à cet égard, comme par exemple pour les maladies sexuellement transmissibles (1,3 % des nouveaux cas) et la stérilité. La dracunculose (ver de Guinée) est à ranger dans cette catégorie. Seuls 180 cas ont été déclarés en 1993 par le système de routine pour l'ensemble du Bénin. De l'aveu même du Ministère de la santé, cette affection est notoirement sous-notifiée: les malades n'utilisent pas les services de santé pour une affection qu'ils savent sans traitement spécifique. C'est pourquoi la surveillance de cette affection est réalisée au travers d'un système à base communautaire reposant sur des études de milieu dans tous les

départements. En 1993, ces enquêtes, dont les données sont incomplètes pour deux départements, avaient recensé près de 15'000 cas (37'000 cas en 1989), dont plus de la moitié dans le département du Zou.

Les malades hospitalisés

Le paludisme occupe également la première place des affections diagnostiquées pour les patients hospitalisés, mais avec une proportion bien plus faible que pour les patients ambulatoires (17,9 % des cas contre 32,1 %). Les infections respiratoires aiguës arrivent au deuxième rang (10,7 %), comme pour les cas ambulatoires, alors que les anémies passent du cinquième au troisième rang (10,2 %), suivies en quatrième position par les maladies diarrhéiques (7,6 %), puis par les traumatismes en tous genres (4,6 %).

Le poids cumulé des cinq premières pathologies n'est pas aussi important pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires (respectivement 51 et 65,9 % de tous les cas). La probabilité d'être hospitalisé lors d'une nouvelle consultation ambulatoire varie peu selon les principaux diagnostics, sauf pour l'anémie: elle est de 2,3 % pour le paludisme, de 2,7 % pour les infections respiratoires aiguës, de 3,4 % pour les traumatismes en tous genres, de 3,6 % pour les maladies diarrhéiques et de 9 % pour l'anémie. Toutes pathologies confondues, la probabilité d'être hospitalisé en cas de consultation ambulatoire est nettement plus élevée pour le Zou (7,4 %) que pour l'ensemble du pays (4 %).

Le taux de mortalité des personnes hospitalisées est par contre presque identique pour le Zou et le Bénin (respectivement 5,2 et 6 %). Si les cinq premières pathologies rassemblent 51 % des personnes hospitalisées pour l'ensemble du Bénin, elles ne causent que 38,3 % des décès en hôpital. L'anémie cause 13,1 % des décès, le paludisme 8,8 %, les traumatismes et la méningite 6,2 % chacun, les maladies diarrhéiques et la malnutrition 5,2 % chacun, les infections respiratoires aiguës avec les affections ORL 5 % et le neuropaludisme 4,6 %. Par ailleurs, le quart des hospitalisés sous la rubrique "autres affections", dont les femmes en couches, enregistrent 30,4 % de tous les décès.

3. LA POLITIQUE SANITAIRE ET LE SYSTÈME DE SOINS BÉNINOIS

Dans ce chapitre, nous esquisserons les grands traits des options fondamentales de la politique sanitaire béninoise, notamment l'adhésion à la Déclaration d'Alma-Ata puis à l'Initiative de Bamako. Nous décrirons ensuite les composantes du système de soins béninois, expression d'ailleurs largement abusive, puisque ce "système" est composé de multiples secteurs non intégrés les uns aux autres. S'il existe bien une interaction entre eux, elle est indirecte. Elle ne résulte en effet pas d'une réelle volonté des acteurs des différentes composantes du "système" de collaborer, mais des liens tissés entre elles – malgré elles – par l'utilisation conjointe ou simultanée qu'en font les patients. L'ébauche d'un réel système de soins béninois est donc plus construit à partir de la base qu'organisé par le sommet. Le Ministère de la santé parle volontiers du système de santé béninois. Il faut donc plus y voir un sous-système, dont le sous-système de soins publics constitue la principale composante, qu'un système au sens plein du terme. Nous assistons donc au Bénin, comme c'est aussi souvent le cas ailleurs, à un glissement sémantique qui en vient à assimiler le système de santé au seul sous-système de soins et ce dernier au seul secteur public.

a) Options fondamentales de la politique sanitaire béninoise

Avec l'arrivée au pouvoir de M. Kérékou en 1972, le Bénin (encore appelé Dahomey à l'époque), s'est doté d'une politique sanitaire qui, entre autres:

- privilégiait l'implantation des infrastructures sanitaires dans les zones rurales les plus déshéritées;
- accordait la primauté à la médecine préventive plutôt qu'à la médecine curative;
- recommandait l'association de la médecine moderne et de la médecine traditionnelle (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

La Déclaration d'Alma-Ata

En 1978, le Bénin a souscrit à la Déclaration d'Alma-Ata dont les objectifs étaient en harmonie avec la politique sanitaire nationale et a adopté, à l'instar des autres Etats africains membres de l'OMS, les soins de santé primaires (SSP) comme stratégie principale pour atteindre l'objectif de "santé pour tous en l'an 2000" (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b). Les soins de santé primaires sont définis par l'OMS comme des

soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

Les soins de santé primaires mettent l'accent sur:

- l'éducation à la santé, notamment au contrôle des problèmes de santé;
- l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement;
- la santé maternelle et infantile, y compris le planning familial;
- la vaccination contre les principales maladies infectieuses;
- le traitement approprié des maladies et traumatismes courants;

- l’approvisionnement en médicaments essentiels.

Depuis la déclaration d’Alma Ata, la nécessité de développer les soins de santé de base et les services ruraux, dont l’efficacité en termes d’amélioration du niveau de santé était estimée plus importante, a été ressentie comme une priorité et une stratégie adaptée au contexte de crise économique. Beaucoup d’Etats, notamment africains, ont eu de la peine à traduire ces objectifs politiques dans la réalité: l’allocation nationale des ressources de santé a le plus souvent continué à privilégier les soins hospitaliers au détriment des soins de santé primaires et les services urbains au détriment des services ruraux. Selon une analyse détaillée menée dans quelques pays d’Afrique, le secteur hospitalier absorbe entre 80 % et 90 % des dépenses totales de santé de ces pays (WATY, 1993). Au Cameroun, seuls 5 % du budget de fonctionnement du Ministère de la santé est consacré aux services de santé de base. Nous ne disposons pas de la structure des dépenses du Ministère de la santé béninois par niveau hiérarchique. A en juger par les inventaires de ressources sanitaires publiques, les soins de bases y paraissent plus valorisés que dans les deux exemples ci-dessus.

En 1988 démarre une réforme du système de soins public béninois, sous l’égide d’un nouveau programme: le Programme de développement socio-sanitaire (PDSS). Cette réforme passe par une profonde restructuration du Ministère de la santé, une plus grande décentralisation et la flexibilisation de l’administration (INOUSSA, PADONOU, FATON [*et al.*], 1995). Elle définit aussi des normes de planification sanitaire plus souples (donc moins ambitieuses mais plus réalistes) pour les besoins en services de santé et leur localisation.

L’Initiative de Bamako

Depuis 1986, le Bénin et la Guinée se sont engagés dans une politique de réorganisation des services de santé au niveau des centres périphériques¹. Les principes qui ont présidé à cette réorganisation sont ceux qui ont constitué “l’Initiative de Bamako” (LEVY-BRÜHL, KNIPPENBERG, SOUCAT [*et al.*] (1991). La plupart des Etats africains dispensaient alors gratuitement les soins de santé, du moins officiellement. Dans les faits, la réduction des budgets de santé due à la crise économique et aux ajustements structurels, alliée à une forte croissance démographique et à une rationalisation insuffisante dans la gestion des ressources limitées, en particulier dans le domaine du médicament, avaient gravement affecté le fonctionnement des systèmes de santé. Bien souvent, les patients quittaient les services de santé publics munis d’une ordonnance (payante) plutôt que des médicaments (gratuits) qu’ils auraient dû recevoir. Se posait dès lors avec acuité le problème de la pérennisation des acquis en matière de santé et de l’indispensable extension de la couverture sanitaire. Il fallait donc à la fois trouver de nouvelles ressources pour financer la santé, mais aussi assurer une gestion rationnelle de celles déjà disponibles.

C’est dans ce contexte que, sous les auspices de l’OMS et de l’UNICEF, la Conférence des ministres africains de la santé à Bamako a adopté en 1987 une résolution – l’Initiative de Bamako – prônant:

- l’accélération du programme de soins de santé primaires;
- l’attribution du statut prioritaire aux femmes et aux enfants;
- la définition et la mise en place de mécanismes d’autofinancement² au niveau du district (PAGANINI, 1993).

¹ Voir Reinke, Hopwood et Knippenberg (1997) pour une description détaillée de cette réorganisation et un premier bilan.

² Au Bénin, les premières expériences de vente de médicaments essentiels remontent déjà à 1982.

Cette dernière mesure, que l'on a appelé le "financement communautaire", constitue la principale innovation de l'Initiative de Bamako et le point focal de ses critiques (KANJI, 1989). De fait, l'Initiative de Bamako est essentiellement perçue comme

(...) une nouvelle façon de mettre en commun les apports de l'Etat, de la population et des organismes internationaux. Cette stratégie confirme une pratique déjà en cours en marque une rupture dans le discours sur la santé dans les pays africains: l'objectif de gratuité des soins pour la population est officiellement abandonné au profit d'une mise à contribution des usagers dans le financement des prestations médico-sanitaires. Une revitalisation des services de santé et une meilleure couverture des besoins sanitaires de base, en particulier dans le domaine de la santé maternelle et infantile, est recherchée à travers la mise en place du "financement communautaire" permettant le recouvrement partiel des coûts (KADDAR, 1993).

Partant du constat que le roi-Etat est nu, cette nouvelle stratégie revient donc essentiellement à faire désormais payer, partiellement, ce qui était autrefois donné gratuitement (ou aurait dû l'être). Bien sûr, une telle proposition était difficilement vendable telle quelle à la population. On l'a donc accompagnée d'autres mesures:

- l'encouragement donné aux initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives à la santé maternelle et infantile et aux soins de santé primaires;
- la possibilité pour la collectivité de devenir les principaux agents du développement des soins de santé;
- le maintien d'un approvisionnement régulier en médicaments essentiels vendus sous nom générique, moins chers que les spécialités équivalentes;

En fait de participation communautaire, la plus effective et généralisée sur le terrain est bel et bien la participation financière. La soumission aux mots d'ordre (Vaccinez les enfants! Utilisez les services de santé, dont les recettes sont pour la communauté!) et la gestion du centre et de ses recettes par des comités locaux viennent ensuite. Faute de directives claires sur les attributions de ces comités et à leur niveau de formation insuffisant, cette gestion est d'ailleurs souvent timorée, quand elle ne constitue pas à simplement prendre acte des informations et décisions des agents de santé locaux inclus dans ces comités. S'est aussi développé tout un discours légitimateur, affirmant que l'amélioration des prestations de base consécutive à l'augmentation des moyens disponibles pour les services de santé renforcerait leur attrait, même s'il fallait désormais payer (cf. partie IV, chap. 2b). Cela s'est d'ailleurs vérifié dans certains cas, même si l'on ne s'est alors que trop rarement demandé si toutes les couches de la population avaient bénéficié de cette nouvelle stratégie. D'autres fois, la fréquentation des services de santé a chuté avec la fin de la gratuité, tout en revenant parfois par la suite à son niveau antérieur. Plus que le seul coût, c'est le couple qualité des services proposés – coût qui semble déterminant: toutes les expériences montrent que là où la qualité des soins s'est améliorée, le niveau de fréquentation s'est accru et la contribution financière a été bien acceptée (KADDAR, 1993).

Au Bénin, la réorganisation des services de santé de base dans l'esprit de l'Initiative de Bamako a pu s'appuyer sur différentes expériences nationales, en cours depuis les années 1970 pour certaines d'entre elles. Cette réorganisation visait à:

- améliorer l'offre et la qualité des services par:
 - l'établissement de priorité au sein des actions proposées afin d'obtenir le plus grand impact sur la santé des populations dans le cadre des ressources disponibles. Ces priorités sont la vaccination des mères et des enfants, le suivi prénatal et le traitement des maladies prioritaires;
 - l'intégration de ces services, c'est-à-dire une prise en charge globale des consultants grâce à l'offre permanente de l'ensemble des prestations;

- la mise en place de stratégies avancées donnant accès aux services à des population éloignées;
- un monitoring local permettant d'identifier les problèmes de fonctionnement et des stratégies locales adaptées;
- limiter le coût de ces services par:
 - l'établissement d'une liste de médicaments essentiels¹;
 - l'approvisionnement de ces médicaments sous nom générique par appel d'offre international;
 - la rationalisation des soins grâce à l'utilisation d'arbres de décisions thérapeutiques (ordinogrammes);
 - un contrôle de la gestion des centres par la communauté et la supervision régulière, au travers d'un ensemble de supports de données;
- augmenter la pérennité des services par:
 - la participation financière des communautés au travers du paiement des traitements. Cette contribution vise à prendre en charge le renouvellement du stock des médicaments et certains coûts de fonctionnement;
 - la responsabilisation des communautés dans le fonctionnement des services par leur participation à la gestion des centres de santé (LÉVY-BRÜHL, KNIPPENBERG, SOUCAT [et al.] (1991)².

Soutenu par l'UNICEF, la Banque Mondiale, les coopérations suisse et française, la Banque Africaine de Développement et le Fond Européen de Développement, le programme national PEV/SSP (programme élargi de vaccination et soins de santé primaires) a guidé dès 1986 cette réorganisation des services de santé de base. Si le financement communautaire est rapidement partout devenu effectif au Bénin (il démarre officiellement en 1988 et s'étend progressivement dans tout le pays, si bien qu'en 1991 le recouvrement des coûts est une réalité dans la quasi totalité des services de santé dispensant des soins de santé primaires), force est de reconnaître qu'au milieu des années 1990, plusieurs des autres stratégies énoncées ci-dessus méritaient encore un renforcement, notamment l'intégration des services, la stratégie avancée encore limitée à la vaccination, le monitoring local, l'utilisation des ordinogrammes et la participation communautaire à la gestion des services de santé. Les recettes dégagées par le financement communautaire servent d'une part au réapprovisionnement en médicaments (60 % des recettes étaient prévues à cet effet, ce qui était trop avant la dévaluation) et contribuent, d'autre part, au fonctionnement des structures sanitaires: engagement de personnel auxiliaire, entretien des bâtiments, des groupes électrogènes et des véhicules, matériel de bureau et d'usage courant, essence pour les véhicules, pétrole pour les réfrigérateurs et les lampes, mazout pour les groupes électrogènes, frais de mission, "encouragement" pour les agents de santé... (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b). De plus, 10% des recettes des prestations vont à la direction régionale de la santé pour ses frais de fonctionnement.

¹ En janvier 1989, un arrêté ministériel adopte une liste nationale de médicaments essentiels pour les centres de soins. Suite à la révision de décembre 1990 cette liste comptait 180 médicaments essentiels. Elle est depuis lors régulièrement remise à jour.

² Voir aussi Soucat, Bangoura et Knippenberg (1997) pour une présentation un peu différente des programmes découlant de l'Initiative de Bamako, selon quatre objectifs:

- améliorer l'efficacité du système de santé;
- améliorer son efficience;
- assurer sa pérennité;
- améliorer son équité.

Cet article fournit également une première évaluation des résultats obtenus par ces programmes.

b) Les composantes du système de soins

Il existe plusieurs manières de classer l'ensemble de l'offre de soins non profane disponible au Bénin. On pourrait commencer par distinguer les services recourant à la médecine moderne de ceux utilisant la médecine traditionnelle. On peut aussi, et c'est l'option que nous avons retenue, commencer par distinguer un secteur formel d'un secteur informel, le premier étant beaucoup plus facile à appréhender pour le chercheur que le second. La distinction entre moderne et traditionnel n'intervient alors que dans un deuxième temps. En fait, seul le secteur informel connaît cette distinction, l'ensemble des services formels relevant de la médecine moderne. Le secteur formel (moderne) peut à son tour être classé en quatre sous-secteurs – nous dirons souvent “secteurs” par commodité de langage :

- le secteur public;
- le secteur confessionnel et associatif à but non lucratif;
- le secteur de soins privé;
- le secteur pharmaceutique.

Par opposition au secteur public, ces trois derniers (sous-)secteurs peuvent être regroupés en un secteur privé. Le secteur informel comprend quant à lui le sous-secteur informel moderne et le sous-secteur informel traditionnel. Le premier rassemble des thérapeutes privés de qualification très diverse, et les vendeurs de médicaments. Le second inclut les guérisseurs, les devins et les herboristes auxquels il convient encore d'ajouter les églises thérapeutiques, que l'on pourrait qualifier de (sous-)secteur néotraditionnel.

Un vide juridique quant à l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales prévalait au début des années 1990 (SOSSOU et FONTON, 1991). A notre connaissance, ce vide n'est pas encore comblé à l'heure actuelle, bien que le Ministère de la santé y travaille. Par le passé, un décret (n° 52-964 du 9 août 1952) servait bien de base juridique. Mais il est devenu caduc avec l'indépendance de 1960, sans qu'il ait été abrogé par un autre.

Le secteur formel moderne

Au moins six caractéristiques distinguent les services formels des services informels :

- ils sont officiellement reconnus par l'Etat (services de l'Etat ou services tiers au bénéfice d'une autorisation d'exercer ou d'une convention avec l'Etat);
- ils pratiquent une médecine de type occidental, allopathique, que nous appellerons souvent “moderne” pour faire court, tout en étant conscient de l'imprécision et de la charge idéologique de ce terme;
- la majorité de ses praticiens ont bénéficié d'une formation formelle;
- ils disposent de bâtiments ou de locaux spécifiquement consacrés aux activités de soins et clairement identifiables comme tels.

Deux autres traits des services de santé formels ne caractérisent que le secteur public (et le secteur confessionnel pour le premier d'entre eux) :

- ils doivent fournir aux autorités sanitaires un rapport mensuel chiffré des activités, en utilisant les formulaires ad hoc de l'administration sanitaire;
- chacun d'entre eux occupe une place définie au sein de la pyramide sanitaire nationale, avec une aire d'attraction officielle propre et un service de référence défini. Cette insertion dans un cadre sanitaire national pourrait à l'avenir s'étendre aux

établissements du secteur confessionnel. Une réflexion sur un nouveau découpage sanitaire du pays en districts sanitaires plus vastes que les sous-préfectures, avec intégration des hôpitaux confessionnels, est actuellement en cours.

Les (sous-)secteurs formels pèsent d'un poids variable au Bénin. Les services de santé publics sont largement répandus sur tout le territoire national. Une dizaine d'hôpitaux confessionnels jouent un rôle considérable à l'échelle nationale malgré leur petit nombre, surtout pour les soins secondaires voire tertiaires. Finalement, il existe un nombre encore limité, mais en augmentation rapide, de cliniques et de cabinets privés, auxquels on pourrait rattacher le secteur pharmaceutique.

Le secteur public

La composante publique du secteur formel est la seule à être réellement structurée et présente partout. Elle constituait, jusqu'à il y a peu, l'essentiel des ressources sanitaires modernes du pays. En 1986, ce secteur occupait 84 % de tous les médecins et 93 % des infirmiers et sages-femmes pratiquant au Bénin (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1988). Ce secteur reste prépondérant au début des années 1990, malgré le gel des effectifs, les départs naturels et les départs volontaires de la fonction publique, d'une part, et l'augmentation du nombre de services privés, d'autre part.

Le système de santé public est calqué sur le découpage administratif. Il a une structure pyramidale à trois niveaux (cf. Tableau 10):

- le niveau central ou national assurant en principe surtout les soins dits tertiaires;
- le niveau intermédiaire assurant en principe surtout les soins secondaires;
- le niveau périphérique assurant les soins primaires.

Les infrastructures sanitaires se répartissent sur le territoire national selon la pyramide du système national de santé. Le Centre national hospitalier universitaire de Cotonou (CNHU) sert de centre de référence national, mais aussi de centre de référence pour les départements de l'Atlantique et du Mono, qui n'ont pas de centre hospitalier départemental. Au niveau intermédiaire, les centres hospitaliers départementaux (CHD) servent de centre de référence pour l'ensemble des centres de santé des sous-préfectures et des circonscriptions urbaines de leur département. Au niveau périphérique, les centres de santé de sous-préfecture (CSSP) ou de circonscriptions urbaines (CSCU), petits hôpitaux desservis chacun par un médecin encadrant des infirmiers, sages-femmes et aides-soignants, servent de centres de référence pour les complexes communaux de santé (CCS). Constitués d'une petite maternité desservie par une sage-femme ou une infirmière et d'un dispensaire desservi par un infirmier, souvent aidés par des matrones, aides-soignants ou secouristes, les CCS n'hébergent pas de patients, à l'exception des parturientes.

Les CCS et plus rarement les CSSP chapeautent les unités villageoises de santé (UVS). Doté d'un assortiment très limité de médicaments, un secouriste issu du village y assure les soins de base et réfère les cas hors de sa compétence vers le CCS ou le CSSP dont dépend l'UVS. Une matrone, parfois ancienne matrone traditionnelle "recyclée", y assure les accouchements et, en principe, les consultations prénatales. Les agents villageois de santé (AVS) desservant les UVS – une ou deux matrones et un ou deux secouristes – ont reçu une brève formation. La construction du bâtiment abritant l'UVS est à la charge de la population. Les origines les plus lointaines des UVS au Bénin remontent aux années 1970, avec la création de caisses villageoises de pharmacies, avec une animatrice, sur des blocs de cultures. Le financement était assuré par la vente de produits agricoles. Quelques écoles ont par la suite aussi constitué leurs caisses de pharmacie. L'introduction officielle du système des UVS a été proclamée lors du discours-

programme de la nouvelle équipe dirigeante, en 1972. La première UVS du département du Zou a été inaugurée en 1982, dans la sous-préfecture de Zogbodoméy. Environ 120 UVS ont été ouvertes dans le département du Zou (dont 21 dans la sous-préfecture de Ouessè), surtout dans sa partie nord, où la faible densité de population restreint l'accessibilité aux services de santé. En été 1992, seules 59 % des UVS du Zou étaient encore fonctionnelles, et encore, le plus souvent seulement pour les accouchements.

Tableau 10 Système national (public) de santé du Bénin en 1993 (repris de: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

Niveau		Institution	Structure hospitalière et sanitaire	Spécialités
Central		Ministère de la santé (MS)	Centre national hospitalier et universitaire (CNHU)	Médecine Pédiatrie Chirurgie Gynéco-obstétrique Radiologie Laboratoire O.R.L., OPH Autres spécialités
Intermédiaire ou départemental		Direction départementale de la Santé (DDS)	Centre hospitalier départemental (CHD)	Médecine Pédiatrie Chirurgie Gynéco-obstétrique Radiologie Laboratoire Autres spécialités
Périphérique	Chef-lieu de sous-préfecture ou de circonscription urbaine	Centre de santé de sous-préfecture ou de circonscription urbaine (CSSP/CSCU)	Centre de santé de sous-préfecture ou de circonscription urbaine (CSSP/CSCU)	Médecine Chirurgie Maternité Radiologie Laboratoire Pharmacie

	Chef-lieu de commune	Complexe communal de santé (CCS)	Complexe communal de santé (CCS)	Dispensaire Maternité Pharmacie
	Village ou quartier de ville	Unité villageoise de santé (UVS)	Unité villageoise de santé (UVS)	Soins Accouchements Caisse pharmacie

La commune d'une sous-préfecture rurale abritant un CSSP n'a pas de CCS, le CSSP jouant à la fois le rôle d'un CCS pour la population de la commune et d'un CSSP pour l'ensemble de la sous-préfecture. D'une manière générale, l'ensemble des services de santé publics, même le CNHU, sont aussi utilisés comme centres de premier recours, en plus de leur fonction de centre de référence. En fait, les cas officiellement référés constituent probablement partout la minorité des patients.

Depuis la Programmation sanitaire de la République populaire du Bénin 1982-1991 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1981), la taille des UVS, CCS et CSSP a été revue à la baisse dans les faits, sinon dans les documents officiels de planification sanitaire. Selon ce document aux objectifs ambitieux, une UVS devait comprendre une case de soins et une case d'accouchements (dans les faits une seule case avec deux salles), un CCS devait se composer d'un dispensaire avec au moins 4 lits d'observation et d'une maternité avec au moins 12 lits (dans les faits respectivement aucun et 6 à 8 lits) et un CSSP devait être "une véritable polyclinique de 100 lits d'hospitalisation" (dans les faits, le CSSP de Ouessè est, avec ses 60 lits, largement surdimensionné au vu de son taux d'utilisation actuel; la plupart des autres CSSP sont plus petits encore et beaucoup d'entre eux n'offrent pas de service de chirurgie).

Suite à l'Initiative de Bamako cherchant à promouvoir la participation communautaire en matière de santé, un décret de 1990 a lancé la création de comités de gestion au niveau des sous-préfectures (COGES) et des communes (COGEC), qui regroupent diverses composantes de la société (notables, femmes, jeunes, agents de santé, guérisseurs). Ces comités se sont progressivement mis en place les années suivantes, non sans qu'il faille parfois faire pression pour que les "communautés" se lancent.

Système de référence et de contre-référence du secteur public

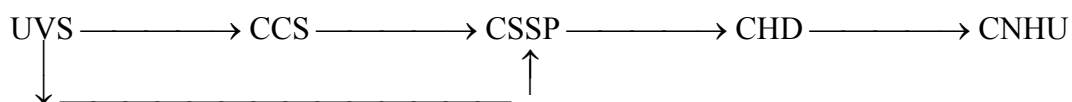
L'organisation pyramidale de la plupart des systèmes de santé implique qu'une ressource est d'autant plus rare et son utilisation d'autant plus coûteuse qu'elle se situe près du sommet. Cela est encore plus vrai pour la plupart des pays en développement, où les échelons supérieurs de la pyramide sont peu fournis. Il s'agit donc d'utiliser avec une efficacité maximale ces ressources limitées et chères. Cela suppose que chaque patient se fasse soigner dans un service de niveau correspondant à son problème de santé (PANGU, 1988). S'il s'adresse à un niveau inférieur à ses besoins, les compétences médicales, la disponibilité en médicaments et en équipements seront insuffisants pour y répondre. S'il s'adresse à un niveau supérieur à ses besoins, il s'ensuit un gaspillage de compétences et d'équipement, donc d'argent, et plus grave peut-être encore un engorgement de ces ressources rares au détriment des patients pour lesquelles elles ont été conçues (SANDERS, KRAVITZ, SEWIN [*et al.*], 1998). Or il va de soi qu'un malade n'est en général pas apte à juger de la gravité de sa maladie et de l'endroit le plus adéquat, pour lui et le système de soins, pour la soigner. Le patient devrait donc d'abord s'adresser au premier échelon sanitaire, le moins spécialisé, mais aussi habituellement le plus proche de chez lui, qui jouera un rôle de filtrage et d'orientation (STIMSON, 1980). A ce niveau

de base, un agent de santé, en l'occurrence un infirmier au Bénin, soignera le malade ou au besoin l'enverra vers un autre service de santé, plus haut dans la hiérarchie et donc généralement plus loin dans l'espace, car plus rare. Un tel processus peut, en cas de nécessité, se répéter, d'un niveau hiérarchique à un autre, jusqu'au niveau de soins le plus élevé, voire déboucher sur une évacuation sanitaire à l'étranger.

Le bon fonctionnement de tout système de santé hiérarchisé repose donc sur l'existence effective d'un système de référence, c'est-à-dire sur l'organisation préétablie du renvoi d'un patient vers un niveau supérieur, si nécessaire. L'étude du système de soins et du système de référence intéresse le géographe à un double titre. Premièrement, leur structure est riche d'information sur l'organisation politique et administrative d'un Etat ou d'une région. Combien y a-t-il de niveaux hiérarchiques? A quel niveau administratif est attribué le service de santé de base? La pyramide sanitaire est-elle uni- ou multicéphale? Toutes les unités administratives possèdent-elles le service de santé qui leur revient selon les principes de la planification sanitaire? Est-ce que tous les secteurs de la santé sont intégrés dans la pyramide sanitaire et peuvent donc se référer des patients? Une simple carte sanitaire en dit déjà long sur le degré de centralisation d'un Etat, sur son équité spatiale, sur ses options vis-à-vis des soins de santé primaires, sur les relations entre les secteurs public, privé et confessionnel, voire traditionnel. Deuxièmement, le système de référence concerne le géographe car il détermine l'essentiel des flux de patients au-delà du niveau de soins de santé primaires. Il renferme donc une certaine valeur prédictive. Encore faut-il au préalable s'assurer qu'il fonctionne effectivement. Vérifier que les flux réels de patients coïncident bien avec les flux prévus par le système de référence constitue l'une des tâches importantes du géographe des soins de santé. En d'autres termes, il s'agit d'examiner si l'espace de soins de la population concorde avec les espaces médicaux officiels des services de santé. Nous y reviendrons plus longuement dans la troisième partie.

Idéalement, le système de référence devrait s'accompagner d'un système de contre-référence. Un tel système fait souvent cruellement défaut ou n'existe que sur le papier. Au Honduras, le service qui réfère reçoit une information en retour pour seulement 1,4 % des cas référés (OHARA, MELENDEZ, UEHARA [*et al.*], 1998). Lorsqu'un service inférieur envoie un patient à un service plus élevé dans la hiérarchie sanitaire, il perd en fait souvent tout contrôle sur le malade. Le niveau supérieur renvoie rarement le malade vers le niveau inférieur, pour qu'il y termine le traitement par exemple. Plus grave, le niveau inférieur ne reçoit souvent aucune information sur le diagnostic posé au niveau supérieur, ni sur le traitement reçu. La continuité des soins futurs en est affectée, sans parler de la perte du rôle formateur pour le personnel médical d'un tel retour d'information.

Officiellement, les services de santé de chaque niveau hiérarchique béninois servent de référence pour les services du niveau juste inférieur, selon la chaîne ascendante suivante:



A l'exception des UVS, qui dépendent parfois directement d'un CSSP, la référence officielle devrait "suivre la voie hiérarchique". Même si les agents de santé se sentent souvent moins libres que les malades de sauter certaines étapes du système de référence ou de s'en affranchir en référant vers un centre de santé confessionnel, ils le font assez couramment, essentiellement parce que, de l'aveu même du Ministère de la santé,

les CSSP ne peuvent jouer leur rôle de centres de référence parce que bon nombre d'entre eux ont le même plateau technique que les CCS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b).

Cette tendance à éviter les services de base, parfois gratuits, pour s'adresser directement à un service d'un niveau intermédiaire ou supérieur ou encore aux secteurs privé et confessionnel, plus lointains et plus chers sans même parler du coût du transport, n'est de loin pas propre au Bénin. Khan (1985) la signale par exemple au Bangladesh, Akin et Hutchinson (1999) au Sri Lanka. Ces derniers auteurs relèvent que ce phénomène d'évitement¹ révèle soit un important problème de qualité des soins dans le service de santé évité, soit la disponibilité de soins d'une qualité significativement meilleure dans le service choisi. Il est aussi probable que les très faibles taux de référence observés parallèlement au phénomène d'évitement en soit aussi une des causes (mais tout à la fois aussi une des conséquences), le patient préférant éviter un service de base où il risque de rester "bloqué". Ce phénomène est aussi observé au Honduras en cas de référence officielle: les services de base réfèrent parfois directement leurs patients à un hôpital national plutôt qu'au niveau intermédiaire prévu à cet effet (OHARA, MELENDEZ, UEHARA [*et al.*], 1998). Le mauvais fonctionnement du système de référence officiel impliquent fréquemment que

les hôpitaux provinciaux de référence drainent souvent un maximum d'argent et de personnel et servent essentiellement à traiter les affections bénignes de la population environnante (BRUNET-JAILLY, 1989).

Un secteur confessionnel très important

Le secteur formel privé peut se subdiviser en deux catégories: le secteur privé à but non lucratif, soit les hôpitaux confessionnels ou associatifs et le secteur privé à but lucratif regroupant les cliniques et cabinets privés.

Le secteur formel à but non lucratif joue un rôle très important au Bénin, non pas par le nombre d'établissements, mais par leur taille, leur qualification et l'attrait qu'ils exercent sur la population. La dizaine d'établissements que compte cette catégorie sont pour la plupart des hôpitaux de premier, deuxième, voire troisième recours, d'une taille comparable à des centres hospitaliers départementaux. La plupart d'entre eux bénéficient ou bénéficiaient jusqu'au milieu des années 1990 de la présence d'un personnel expatrié qualifié assurant la direction et la plupart des consultations et interventions chirurgicales spécialisées. Une minorité d'entre eux assurent une fonction spécialisée, comme les centres de réhabilitation nutritionnelle de la région de Bohicon. Il n'y a donc pas au Bénin, comme dans d'autres Etats africains, tout un semis d'infrastructures sanitaires confessionnelles de premier recours, mais un nombre limité d'établissements occupant de fait le sommet de la hiérarchie sanitaire du pays avec le CNHU. La moitié de ces établissements sont implantés dans les deux départements du Nord, où leur rôle surpasse nettement celui des deux centres hospitaliers départementaux, sans parler du très lointain CNHU.

La préférence de la population pour les établissements confessionnels plutôt que pour les services publics constitue une constante de la littérature sur l'utilisation des services de santé en Afrique subsaharienne. Comme nous le verrons, la sous-préfecture de Ouessè et le Bénin en général ne font pas exception à cette règle. Au Nigeria, le service est perçu comme de meilleure qualité dans les hôpitaux missionnaires (EGUNJOBI, 1983). Il en va de même au Cameroun où

les populations préfèrent se rendre dans les hôpitaux de la "mission" plutôt que dans les services publics, sachant qu'ils y trouveront un accueil chaleureux, des tarifs modestes, une organisation efficace et un climat religieux. Ce dernier aspect a une grande importance à leurs yeux, parce qu'il correspond à une vision globale de l'existence (DE ROSNY, 1992).

Ce n'est donc pas forcément le caractère religieux en soi des établissements confessionnels qui assoit leur bonne réputation. L'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané n'a d'ailleurs de

¹ Appelé *bypassing* en anglais.

religieux que le nom. Ici, point de versets bibliques sur les murs, de prières collectives du personnel avant la prise du service voire de prosélytisme auprès des patients... comme cela se voit parfois ailleurs au Bénin.

Le secteur privé formel

La limite entre les secteurs privés formel et informel paraît très floue, dans la mesure où il ne semble pas y avoir de politique claire, s'appuyant sur des critères précis et connus, d'attribution des autorisations d'exercer et d'ouvrir un établissement sanitaire. A défaut de tous posséder une autorisation, on peut considérer qu'un établissement est assimilable au secteur formel s'il possède une enseigne indiquant clairement sa fonction, emploie du personnel affilié aux caisses sociales et dont la qualification est sanctionnée par un titre reconnu. Ce type d'établissements se rencontrent essentiellement en ville. Jusqu'à la fin des années 1980, le secteur privé était tout juste toléré par le gouvernement, dont l'option marxiste-léniniste tendait à limiter le développement du secteur libéral, particulièrement pour les services de base comme la santé. Il en a résulté une situation proche de celle du Congo à la même époque, autre république populaire: un secteur public officiellement presque exclusif et gratuit, offrant un accueil médiocre et ne disposant souvent pas de médicaments qu'il faut acheter sur ordonnance dans le secteur privé, et, dans les faits, une grande diversité de l'offre de santé, y compris semi-clandestine, surtout en milieu urbain (DORIER, 1989).

Les informations sur le secteur privé (y compris le secteur confessionnel, qui n'est jamais individualisé dans les statistiques sanitaires) dont dispose le Ministère de la santé ne concernent que les formations sanitaires autorisées par le gouvernement. En 1989, le secteur privé béninois compte 13 hôpitaux ou polycliniques, 44 cabinets médicaux, 54 cliniques d'accouchement, 45 cliniques de soins infirmiers, 7 cabinets de chirurgie dentaire et 3 cabinets ophtalmologiques, pour un total de 453 lits (à comparer aux 4'918 lits du secteur public cette année là). En 1993, il compte respectivement 15 hôpitaux ou polycliniques, 46 cabinets médicaux, 56 cliniques d'accouchement, 59 cliniques de soins infirmiers, 9 cabinets de chirurgie dentaire et 4 cabinets ophtalmologiques. Ainsi, après une sensible augmentation du nombre de services de santé privés formels de 1987 à 1989, on observe une stagnation de 1989 à 1993, sauf pour les cabinets de soins infirmiers (+ 31 %). Cette stagnation ne correspond pas du tout à la réalité. Elle résulte uniquement de la (quasi) cessation d'enregistrement des services privés, pourtant de plus en plus nombreux à ouvrir leurs portes. Certains d'entre eux ne recherchent d'ailleurs pas une reconnaissance officielle, d'autres y renoncent, sachant que le Ministère de la santé, en quête d'une politique et d'une législation en la matière, a pour ainsi dire suspendu toute nouvelle autorisation.

Le secteur pharmaceutique formel

Le secteur pharmaceutique formel béninois comporte plusieurs composantes, chargées de la fabrication, de l'importation et de la distribution des médicaments selon des canaux privés ou publics.

L'industrie pharmaceutique béninoise se réduit à deux petites entreprises établies à Cotonou: Bio-Bénin et Pharmaquick, qui produisent ou conditionnent des sérums, des solutés et quelques médicaments de base.

Trois sociétés effectuent l'essentiel des importations officielles privées de médicaments au début des années 1990: le Groupement d'achat des pharmaciens d'officine du Bénin (GAPHOB), la Société pharmaceutique du Bénin (SOPHABE) et la Promopharma. Les importations officielles de produits pharmaceutiques se montent à 2,06 milliards de FCFA en 1990, à 1,40 milliard en 1991, à 1,26 milliard en 1992 et à 2,03 milliards en 1993 (MINISTÈRE DE

LA SANTÉ, 1994a). Pour comparaison, ce dernier montant équivaut à 70 % du budget du Ministère de la santé. Les importations officielles, privées, étatiques ou confessionnelles, ne constituent qu'une partie des importations de médicaments; un intense trafic avec le Nigeria, impossible à estimer, alimente également le Bénin. Les trois sociétés officielles fournissent en 1993 un réseau de 86 officines de pharmacie, dont 7 dans le département du Zou, et de 231 dépôts pharmaceutiques, dont 47 dans le Zou (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Les officines sont dirigées par des pharmaciens. Elles sont localisées dans les principales villes. Proposant un assortiment beaucoup plus limité de produits pharmaceutiques, les dépôts pharmaceutiques sont tenus par des personnes ayant suivi de quelques mois à quelques années de formation, généralement sous forme de stage. Plus nombreux, ils sont disséminés jusque dans les gros bourgs ruraux.

Les hôpitaux et pharmacies confessionnels s'approvisionnent à la fois par appels d'offres internationaux et auprès de la centrale d'achat (cf. paragraphe suivant). Les importateurs publics de médicaments sont la centrale d'achat, le CNHU et, marginalement, les Forces armées. Le total des importations publiques se montait à 216 millions de FCFA en 1992 et à 319 millions en 1993. Les importations du secteur public constituaient en 1993 à peine 16 % des importations officielles du secteur privé. Cela s'explique en partie par:

- le recours beaucoup plus fréquent des achats publics aux produits pharmaceutiques fabriqués au Bénin;
- l'utilisation massive dans les services de santé publics de médicaments essentiels vendus sous nom générique, alors qu'officines de pharmacie et dépôts pharmaceutiques proposent uniquement des produits de marque, plus chers.

La centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME), à Cotonou, constitue l'une des pièces maîtresses du dispositif sanitaire béninois, puisque quasi tous les médicaments vendus dans les services de santé publics (hors CNHU) et une partie de ceux vendus dans les services de santé confessionnels en sont issus. Nos observations et la littérature s'accordent sur le fait qu'un service de santé ne délivrant que des ordonnances sera vite délaissé (FAINZANG, 1985; SEGAR, 1997). La fréquentation moyenne d'un dispensaire public de Douala était par exemple de 32 patients par jour lorsqu'il n'y avait pas de médicaments et de 80 patients lorsque ces derniers étaient disponibles (HOURS, 1986). Il est donc capital pour la crédibilité et le bon fonctionnement des services de santé publics de toujours disposer en suffisance de médicaments. Creese (1993) voit dans cet approvisionnement régulier l'un des principaux constituants de la qualité des soins de santé primaires:

La possibilité d'obtenir les médicaments appropriés là où s'opèrent les premiers contacts avec les services de soins est probablement l'un des éléments majeurs de la qualité des soins de santé primaires et, par conséquent, un déterminant essentiel de leur utilisation. Le tableau de la fréquentation des centres de santé de certains pays africains fréquemment en "rupture de stock" (interruption de la fourniture de médicaments) coïncide étroitement, dans sa configuration, avec l'arrivée et l'épuisement des approvisionnements pharmaceutiques dans les centres concernés.

La centrale d'achat joue le rôle de grossiste importateur, d'interface entre le marché mondial des médicaments essentiels et les services de santé publics. Elle lance des appels d'offre internationaux pour de grandes quantités à la fois, pouvant ainsi négocier des prix intéressants. Un coefficient multiplicateur entre le prix d'achat et le prix de vente permet à la centrale d'achat de couvrir ses frais (transport, manutention, gestion...). Les médecins-chefs des sous-préfectures s'y approvisionnent exclusivement, selon leurs propres besoins et rythme. La pharmacie des CSSP approvisionne à son tour les CCS, et à travers eux, les UVS encore fonctionnelles. Bien que l'on tende de plus en plus à une uniformisation des prix des médicaments essentiels vendus dans les services de santé publics, les tarifs peuvent varier d'une sous-préfecture à l'autre, selon

le projet la soutenant sur le plan sanitaire. Il arrive même qu'un projet pratique des tarifs un peu différents dans les diverses sous-préfectures qu'il appuie. Mais partout les tarifs ont été fixés selon les mêmes principes. Ils ne découlent guère de la capacité financière des patients, mais du coût d'achat des médicaments à la centrale, additionné d'une marge permettant le fonctionnement du service de santé qui les revendra aux patients. La marge moyenne est d'environ 250 %, mais elle n'est pas constante. Elle dépend du type de maladies et de la prestation fournie. Les traitements chers et peu demandés sont ainsi en partie subventionnés par ceux moins coûteux, mais fréquemment prescrits. De même, les soins préventifs sont partiellement couverts par le financement des soins curatifs (GBEDONOU, MOUSSA, FLOURY [*et al.*], 1993).

Mise sur pied par le Ministère de la santé et les partenaires au développement, la centrale d'achat est fonctionnelle depuis fin 1991. Elle est devenue une structure indépendante, avec un financement autonome, assuré en grande partie par la Coopération suisse, avec la contribution de la Banque mondiale, de l'Union Européenne et de l'UNICEF. La centrale est exemptée des taxes douanières et des impôts directs. Elle bénéficie d'un personnel réduit, mais efficace. Privatisée en 1996, elle reste à but non lucratif.

Sa finalité était de pallier l'absence de structure d'approvisionnement permanente des services de santé du secteur public. La crise économique et les difficultés de trésorerie de l'Etat avaient en effet provoqué un effondrement des importations officielles de médicaments, de 10 milliards de FCFA (estimation) en 1986 à 3 milliards en 1990 (AGOSSOU, 1997). Créé en 1964, l'Office National de la Pharmacie (ONP) avait obtenu le monopole de l'importation des médicaments en 1975, monopole partagé avec deux grossistes importateurs privés (GAPHOB et SOPHABE) dès 1980. L'ONP alimentait le circuit commercial, alors que la Pharmapro, autre organisme public, était chargée de l'importation des médicaments pour le circuit gratuit (les services de santé publics). En faillite, l'ONP fut fermé en 1988, la Pharmapro l'année suivante.

Pour compenser le déficit d'approvisionnement des circuits officiels, le marché parallèle s'est alors considérablement développé. Par divers canaux, une partie des médicaments essentiels sous nom générique importés officiellement alimentent le commerce illicite. Ainsi, l'introduction sur le marché officiel de médicaments essentiels bon marché vendus sous leur nom générique tend plus à entretenir le marché illicite qu'à le contenir. Pour contrer cette utilisation non contrôlée des médicaments et pour répondre à la demande d'une partie du secteur public, le Ministère de la santé publique envisage d'ouvrir l'accès de la centrale d'achat au secteur privé, espérant ainsi attirer vers des professionnels une nouvelle clientèle, recourant habituellement à l'automédication. Les pharmaciens y sont opposés, tout comme la plupart des bailleurs de fonds et des institutions de coopération, qui y voient un grave danger pour l'équilibre financier des services de santé publics, de plus en plus supportés par la vente des médicaments essentiels. En juin 1997, le secteur privé n'avait pas encore accès à la centrale d'achat (AGOSSOU, 1997).

Le chiffre d'affaire de la centrale d'achat est de 451 millions de FCFA en 1992 et de 735 millions de FCFA en 1993, pour un montant global d'achat de 419 millions de FCFA, dont un bon tiers aux producteurs nationaux (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Les quatre médicaments les plus vendus sont la chloroquine, le fer associé à l'acide folique, l'acide acétylsalicylique (aspirine) et le *paracétamol*. La chloroquine constitue au Bénin le médicament de base contre le paludisme. Il est aussi donné en prophylaxie, comme le fer et l'acide folique, aux femmes suivant les consultations prénatales. L'aspirine et le *paracétamol* sont utilisés pour faire tomber la fièvre, notamment en cas de paludisme.

Le secteur informel

Les services de type informel pratiquent soit la médecine “moderne” soit la médecine “traditionnelle”. Cette dernière est loin d’être figée. Elle cherche parfois à s’adapter à la concurrence des thérapeutes modernes. Sont ainsi apparues des formes intermédiaires de médecine, que l’on pourrait appeler néo-traditionnelles. Très diversifié, le secteur informel n’est ni recensé, ni autorisé par l’Etat; les guérisseurs traditionnels affiliés à l’Association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle du Bénin constituant un cas particulier, nous y reviendrons. La nature et le volume de leurs activités ne sont pas portés à la connaissance de l’Etat. La plupart d’entre eux seraient d’ailleurs bien en peine de fournir ce genre d’informations, ne disposant ni d’enregistrement des patients ni de comptabilité.

Si ces thérapeutes ne bénéficient pas d’une autorisation officielle d’exercer, ils n’en sont pas pour autant à proprement parler illégaux – terme parfois utilisé à leur égard –, dans la mesure où persiste un vide juridique quant à la pratique de la médecine et des activités liées à la santé. Cette absence de législation implique que l’Etat ne délivre plus, ou très difficilement, d’autorisation d’exercer depuis plusieurs années. Les services de santé informels se situent donc dans un entre-deux souvent inconfortable. Ils ne sont ni interdits ni autorisés, seulement plus ou moins bien tolérés selon les régions, le type de thérapie et la qualification du thérapeute; si bien que certains d’entre eux préfèrent rester discrets, évitant toute publicité tapageuse. D’autres par contre ne s’en privent pas, comme l’attestent certains panneaux sur la voie publique, vantant les capacités apparemment fort étendues de tel tradipraticien ou néotradipraticien.

Le secteur moderne privé informel

De l’aveu même du Ministère de la santé, la situation du secteur moderne privé à but lucratif est difficile à cerner avec exactitude (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). En 1987 fut instauré un gel du recrutement dans la fonction publique. Le personnel du Ministère de la santé diminua alors de 4’700 personnes à 3’957 (– 15,8 %) de 1987 à 1989 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). De plus, dès 1990 un programme de départ volontaire de la fonction publique, avec incitation financière, encouragea de nombreux fonctionnaires à tenter une reconversion professionnelle ou à se mettre à leur compte. Depuis 1987, on trouve donc de plus en plus d’agents de santé sur le marché privé, que ce soit des retraités de la fonction publique, des agents l’ayant volontairement quittée ou des jeunes qui continuent à sortir de l’université et des écoles d’infirmiers et de sages-femmes, sans être, comme auparavant, quasi systématiquement engagés dans la fonction publique.

On assiste en conséquence à une prolifération de “cliniques”, de cabinets médicaux, de cabinets de soins (tenus par des infirmiers, voire des aides-soignants), de cliniques d’accouchements, d’officines de pharmacie et de dépôts pharmaceutiques, tout particulièrement en milieu urbain et dans le Sud¹. Certains ne portent aucune indication signalant la fonction du bâtiment. Il s’agit d’ailleurs souvent d’une simple pièce, dans un logement. Parfois, l’exercice de la médecine (au sens large puisqu’elle dépasse de loin les seuls médecins) est uniquement itinérant. D’autres praticiens adoptent un système mixte: ils rayonnent occasionnellement dans les villages alentours, à partir d’un petit “cabinet”. Comme il n’existe pas de recensement des formations sanitaires privées, les quelques données fournies par le Ministère de la santé sous-estiment la réalité, tout en restant dans le flou sur le statut de ces services (privés à but lucratif ou non, avec autorisation ou non). Il est cependant certain que le secteur moderne informel,

¹ Pour un inventaire et une monographie du secteur privé dans le quartier d’Akpakpa à Cotonou, voir SOSSOU et FONTON (1991). Dans ce quartier d’environ 100’000 habitants en 1990, les agents de santé privés étaient déjà plus nombreux et pratiquaient plus de consultations (mais moins d’accouchements) que les agents de santé de l’Etat. Ces auteurs estiment que le secteur privé y draine les deux tiers des consultations curatives.

quasi inconnu jusqu'à récemment, est en forte croissance, si bien que, concurrence et insolvabilité d'une partie de la clientèle potentielle aidant, beaucoup d'acteurs de ce secteur peinent déjà à trouver une clientèle suffisante.

La médecine traditionnelle

Lorsque colons et missionnaires ont installé leurs premiers dispensaires et hôpitaux en Afrique subsaharienne, ils n'y sont pas plus qu'ailleurs arrivés en terrain vierge. Partout les sociétés ont mis en place des institutions vouées à la prise en charge de la douleur, du malheur, de la maladie, du malaise. A côté des connaissances et des pratiques thérapeutiques partagées par le plus grand nombre, qui alimentent l'automédication familiale ou le voisinage immédiat, il existe partout des spécialistes de la maladie ou, plus positivement, de la santé. Quant ils ne les ont pas combattus avec acharnement, les colons les ont généralement ignorés. Si bien qu'aujourd'hui encore, au Bénin, comme dans la plupart des Etats du Sud, coexistent au moins deux "systèmes" de soins, fort peu intégrés. Leurs praticiens respectifs les voient plutôt en termes de concurrence, alors que les malades les considèrent plutôt comme complémentaires.

Au long dédain initial voire à la franche hostilité des tenants de la médecine dite moderne a progressivement et incomplètement succédé la curiosité et, dans certains cas, la réhabilitation de ce savoir autochtone. Ce dernier a parfois connu une reconnaissance officielle et une volonté politique d'intégration, au moins partiellement, au système de soins de type occidental qui s'est partout imposé en Afrique comme système officiel. Les articles relatifs à la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne et aux guérisseurs en particulier se sont multipliés dans les années 1970 et 1980. Généralement enthousiastes, ils insistent sur l'apport des guérisseurs traditionnels à la santé publique en Afrique, et ailleurs, sur la faisabilité d'une collaboration entre les deux types de médecine et sur les promesses de cette dernière (ADEMUWAGUN, 1967 et 1975; HARRISON et DUNLOP, 1974; NEUMANN, AMPOFO, NICHOLAS [*et al.*], 1974; DUNLOP, 1975; BANERJI, 1979; BICHMANN, 1979; GOOD, HUNTER, KATZ [*et al.*], 1979; KIKHELA, BIBEAU et CORIN, 1981; SCARPA, 1981; MACLEAN et BANNERMAN, 1982; NEUMANN et LAURO, 1982; SLIKKERVEER, 1982; WARREN, BOVA, TREGONING [*et al.*], 1982; YOUNG, 1983; ANYINAM, 1987 et 1991; GOOD, 1987a et 1987b; TWUMASI, 1987). Cette prise en compte des savoirs traditionnels ne s'est évidemment pas effectuée sans résistance de la part de la biomédecine, dont beaucoup de tenants défendent le monopole absolu (BARBEE, 1986).

Cette "redécouverte" de la médecine traditionnelle coïncida avec une révolution copernicienne au sein de la santé publique: l'hôpital n'est plus le centre du monde sanitaire, autour duquel tout doit graviter. C'est l'époque de la déclaration d'Alma Ata (1978), de la promotion des soins de santé primaires, du slogan mobilisateur de "la santé pour tous en l'an 2000", mais aussi de la prise de conscience des ressources trop limitées pour viser un objectif si ambitieux. On s'avise alors de façon fort opportune qu'il existe, à côté des systèmes de soins organisés par les ministères de la santé, d'un autre réseau, souvent dense, facilement accessible et très utilisé de thérapeutes et d'accoucheuses traditionnelles. Pour bien se démarquer de la période coloniale, certains gouvernements éprouvent aussi le besoin de jouer sur la corde du nationalisme ou de l'authenticité. Réhabiliter la médecine traditionnelle permettait de remonter aux sources à moindre frais. Mieux, on pouvait ainsi espérer pallier certaines lacunes de l'Etat en matière de santé, quasi sans bourse délier. S'ensuivit toute une réflexion sur la "mobilisation des ressources indigènes pour les soins de santé primaires" (OYENEYE, 1985), sur la manière d'intégrer au mieux les guérisseurs dans la nouvelle stratégie de soins de santé primaires et sur les programmes de formation nécessaires à cet effet (WARREN, 1982). L'enthousiasme était parfois tel qu'un glissement sémantique s'opérait chez certains: la médecine traditionnelle s'identifiait progressivement aux soins de santé primaires, ce qui n'alla pas sans polémique (cf. l'article de Velimirovic (1984) "Traditional medicine is not primary health care: a polemic").

A partir du milieu des années 1980, le vent commença à tourner. Avec un article au titre sans appel (“From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and western medicines”), Bibeau (1985) annonçait le reflux. Les échecs de la plupart des tentatives de collaboration entre les deux types de médecine, d’ailleurs pas aussi nombreuses que le grand enthousiasme – parfois de façade – pour la médecine traditionnelle aurait laissé supposer, confirma le sombre pronostic de Bibeau. Les articles vantant les mérites d’une collaboration entre les médecines traditionnelles et la biomédecine ont aujourd’hui quasiment disparu.

Ce long préambule résume assez bien l’histoire récente de la médecine traditionnelle au Bénin. Marginalisée pendant l’époque coloniale, la médecine traditionnelle est officiellement réhabilitée dès le premier discours programme du Président Mathieu Kérékou, le 30 novembre 1972 (TALL, 1995). Deux ans plus tard, jour pour jour, il annonce au cours du discours d’orientation nationale son adhésion à un régime marxiste-léniniste et le Dahomey devient la République Populaire du Bénin. Dès lors, la religion est considérée comme une force rétrograde et avilissante qui freine le démarrage socio-économique du pays. En 1976 est promulguée une loi anti-féodale et anti-sorcellerie. Elle est particulièrement dirigée contre les cultes *vodun*, les dynasties aboméennes, certains tradipraticiens réfractaires à la réduction de leur médecine à la seule phytothérapie et les Eglises nouvelles. Bon nombre de tradipraticiens sont arrêtés, tant il est difficile de faire la part entre pratiques thérapeutiques et pratiques magico-religieuses dans la médecine traditionnelle (TALL, 1995). Ainsi pour des raisons idéologiques, l’ouverture initiale du régime Kérékou en direction des guérisseurs traditionnels sera rapidement limitée, sinon contredite par le refus de la dimension religieuse de leurs pratiques.

La médecine traditionnelle, ramenée à la seule phytothérapie, est cependant toujours promue. Dès 1983, des tradipraticiens sont incorporés dans 14 formations sanitaires du pays. L’expérience n’eut pas de suites. En décembre 1984 est créée, au sein du Ministère de la santé, la Direction de la recherche de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. En 1986, toujours sous la présidence de M. Kérékou, une autre mesure tenta de valoriser, de contrôler diraient certains, les guérisseurs traditionnels du Bénin: la création par décret d’une Association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle du Bénin. Il s’agit officiellement de revaloriser les savoirs ancestraux et de pallier le déficit des structures sanitaires. Mais encore une fois, toute la part magico-religieuse de ces savoirs ancestraux, qualifiée de force rétrograde et avilissante, était évacuée (TALL, 1995). Lors de la création de l’Association, le Ministère de la santé publique estimait le nombre de guérisseurs du Bénin à 5’594, sans préciser la méthode utilisée (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1988). Cette initiative étatique ne constituait pas une innovation en soi, les guérisseurs d’autres Etats africains étant déjà organisés en associations nationales, notamment au Nigeria (OYEBOLA 1981), au Zaïre (BIBEAU, 1982) et au Ghana (WARREN, 1982). Dans ce dernier cas au moins, l’association a été fondée à l’initiative des guérisseurs, puis reconnue officiellement par le gouvernement. En 1992, le gouvernement Soglo s’efforcera lui aussi d’instaurer une ligne de démarcation entre la sphère du religieux et celle du thérapeutique, deux domaines intimement liés, en interdisant aux tradipraticiens *vodun* la possibilité d’intégrer une association culturelle (TALL, 1995).

La Division de la médecine traditionnelle du Ministère de la santé tient depuis 1988 un registre des guérisseurs traditionnels – des tradipraticiens selon une terminologie plus technocratique – qui ont été reçus au sein de l’Association nationale des guérisseurs. Selon le responsable de ce registre, le principal intérêt pour les guérisseurs d’une adhésion à l’Association serait d’être protégé par elle “en cas de casse”. Etre un tradipraticien reconnu permettrait aussi de recevoir des patients référés par des praticiens de la médecine moderne. Cette condition, qui n’est pas absolue, relève actuellement surtout du cas de figure théorique, tant il est vrai que médecins et infirmiers réfèrent rarement en direction des guérisseurs. Tout au plus se contentera-t-on d’une allusion, laissant entendre que la médecine moderne ne peut plus

rien, que le malade peut tenter autre chose; mais sans préciser chez qui. Toujours selon le responsable du registre, la population ignore généralement l'existence de l'Association et à plus forte raison de la carte qui l'atteste, (ce que contredisent certains guérisseurs de la sous-préfecture de Ouessè). Ce ne serait donc pas dans une optique promotionnelle que les guérisseurs chercheraient à s'affilier.

De nombreux guérisseurs se sont rapidement affiliés à l'Association. En septembre 1990, le registre en comptait déjà 3'260. Puis le rythme des adhésions, du moins celles qui ont été officialisées au niveau central, chuta. En juillet 1992, le registre des guérisseurs traditionnels ne comportait que 3'458 noms, dont environ 150 femmes seulement (4,3 %). Cette association ayant fait long feu, il est peu probable que cette liste se soit substantiellement allongée depuis. Ainsi, le Bénin comptait environ 7 tradipraticiens officiels pour 10'000 habitants en 1992, ou un tradipraticien pour 1'421 habitants. Des six départements, c'est l'Ouémé qui est le mieux pourvu en tradipraticiens officiels (1 pour 1'041 habitants), suivi par l'Atlantique (1 pour 1'090), par le Zou (1 pour 1'354), par le Mono (1 pour 1'910) et finalement par les deux départements du Nord: Borgou (1 pour 2'070) et Atacora (1 pour 2'661). Il est impossible, à partir de ces données, d'estimer le nombre réel de guérisseurs traditionnels pour l'ensemble du Bénin et pour chacun des départements. La proportion de guérisseurs qui ont demandé et obtenu l'adhésion à l'Association nationale des tradipraticiens est sans doute variable d'un département à l'autre. Les données ci-dessus suggèrent que les guérisseurs sont proportionnellement plus nombreux dans le Sud que dans le Nord. Il est possible que cette distribution reflète plus la proximité des centres du pouvoir (Cotonou et Porto-Novo) que la localisation réelle de l'ensemble des guérisseurs.

Qu'est-ce qu'un guérisseur traditionnel au Bénin et dans la sous-préfecture de Ouessè en particulier? Ce terme recouvre en fait deux types de spécialistes:

- un phytothérapeute, appelé *azongboto mèwiton* (de *azon* = malade, *gboto* = gâter, guérir et *mèwiton* = noir) en *mahi*, ou encore *amawato* (littéralement, "celui qui fait les feuilles" de *ama* = feuille), nom faisant directement référence au type de remèdes utilisés, ou encore *mehwlin ganto* (de *mehwlin* = le malade et de *ganto* = guérir). Le phytothérapeute est appelé *iwossin* (= guérisseur) *onèdudu* (= la personne) en *nagot*. Dans aucune des deux langues il n'existe de noms particuliers pour désigner des phytothérapeutes spécialisés pour certaines affections;
- un devin, appelé *bokono* en *mahi* et *babalawo* en *nagot*.

Certaines personnes cumulent les deux fonctions, mais ce n'est pas la règle, comme cela semble être le cas des *nganga* camerounais, qui insistent cependant peu sur l'efficacité intrinsèque de leurs compétences phytothérapeutiques:

A les entendre, on dirait pourtant que les nganga attachent une importance secondaire à ces traitements organiques qu'ils administrent à chacun suivant ses symptômes avec une technique précise. (...) Trouver les causes du malaise familial et social dont un grave accroc de santé est un symptôme tangible, et obtenir la réconciliation qui s'impose, telle est l'obsession du nganga. (...) Les nganga disposent d'une gamme de techniques variant selon les régions, où la divination et les rites de réconciliation tiennent une place majeure (DE ROSNY, 1992).

Aujourd'hui au Bénin, de plus en plus de devins s'initient à la phytothérapie, comme si la conception biomédicale de la maladie et de son étiologie en particulier se répandait et que certains devins s'y adaptaient progressivement. Si les *nganga* "répugnent à reconnaître, par exemple, qu'ils ont pu guérir une diarrhée grâce à une plante toute seule" (DE ROSNY, 1992), il n'en va pas de même des phytothérapeutes béninois dont la fonction première n'est pas de démêler les causes de la maladie et pour qui les traitements à base de plantes qu'ils administrent ont une efficacité intrinsèque. Contrairement aux traitements administrés par les *nganga*, il ne serait alors pas forcément "nécessaire de croire ou d'adhérer pour guérir" (DE ROSNY, 1992). La

plupart des phytothérapeutes béninois sont des généralistes sachant soigner de nombreuses maladies, tout en ayant souvent quelques points forts.

Après avoir posé un diagnostic en interrogeant et en examinant le malade, le phytothérapeute le soigne au moyen de tisanes à usage interne et externe (lavement), plus rarement de poudres à ingérer ou à mettre sur les plaies, de produits végétaux macérés dans du *sodabi* (eau-de-vie confectionnée à partir de la sève du palmier), le tout préparé essentiellement à partir de plantes (feuilles, racines, écorces...) récoltées en brousse ou dans les champs. Certains produits d'origine animale et de la terre de termitière sont parfois aussi utilisés. Toutes les plantes doivent être récoltées quand elles sont "réveillées". Or elles ne "dorment" pas toutes en même temps. Certaines plantes doivent donc être cueillies à la tombée de la nuit, d'autres en pleine nuit, d'autres encore sans aucune limitation temporelle¹. Aucun rite ou précaution particuliers ne semblent accompagner la récolte de ces plantes, contrairement à ce qui a été observé dans la région d'Ibadan, au Nigeria (MACLEAN, 1969). Par contre, l'administration des remèdes traditionnels est parfois accompagnée – mais c'est loin d'être systématique – de paroles mystérieuses (le guérisseur "appelle la maladie"). Ce ne serait le cas que pour les maladies "provoquées"; le traitement phytothérapeutique est alors précédé d'incantations dans une jarre. Tous les guérisseurs ne connaissent pas ces paroles. Contrairement à ce qui a été relevé à Brazzaville (DORIER-APPRILL, 1995), le traitement phytothérapeutique n'est habituellement pas accompagné d'une offrande rituelle.

Les guérisseurs, ou du moins une partie d'entre eux, confectionnent des gris-gris (*hounde* en *nagot*), pendentifs ou bagues constitués d'un sachet de cuir enfermant divers produits d'origine animale, végétale et minérale. Ils sont destinés à prévenir la malchance, le malheur, ou à les traiter, en empêchant qu'ils continuent à s'acharner sur une personne. Selon un guérisseur, ils permettent par exemple à un chauffeur de taxi sans clients d'en trouver, à un homme de trouver une femme, d'avoir de bonnes récoltes après une série de mauvaises récoltes, de réussir des examens, de ne pas tomber malade... On attribue donc aux gris-gris une efficacité qui dépasse de loin le seul champ de la santé, pour s'étendre à la catégorie englobante du malheur. Ce guérisseur, pourtant éminent, nous avoua qu'actuellement ses clients lui demandaient surtout des gris-gris, pour lesquels l'hôpital n'est pas un concurrent.

Notons encore que le monde des guérisseurs est loin d'être figé. La plupart d'entre eux sont toujours en quête de nouvelles recettes, de nouvelles pratiques, qu'ils testent et adoptent si elles sont jugées concluantes. Un guérisseur affirma essayer parfois de nouvelles plantes, pour trouver de nouvelles recettes. Tout en conservant le corpus de recettes apprises de son père, il l'avait fortement augmenté en échangeant son savoir avec d'autres guérisseurs ou en s'approchant de spécialistes, qu'il faut rétribuer. Le maire de la commune de Challa Ogoï, tradipraticien depuis 1954, affirmait avoir 600 à 700 recettes, soigneusement consignées par écrit, après avoir été testées. Pour certaines maladies, il connaissait plus de dix recettes. Un guérisseur influent de Laminou pratiquait même la réflexologie, qu'il a enseignée à d'autres guérisseurs de l'association communale. Cette ouverture à de nombreuses influences ne va pas, dans la sous-préfecture de Ouessè, jusqu'à adopter les emblèmes des "docteurs" (blouse blanche, stéthoscope...), comme cela se voit parfois dans les villes du Sud où certains guérisseurs (et charlatans?) cherchent à jouer de la double légitimité; tentative symptomatique du déclin de la médecine traditionnelle. Les souhaits de collaboration entre les deux types de médecine que nous avons pu entendre ou lire (lettre d'un guérisseur à l'hôpital Saint-Martin pour proposer ses services) émanaient d'ailleurs toujours des guérisseurs. Ouverts et pragmatiques, les guérisseurs sont au besoin prêts, comme n'importe qui, à essayer tous les types de recours disponibles, sans

¹ Exceptées les contraintes saisonnières, qui limitent l'accès aux herbes et aux feuilles (mais pas à l'écorce ou aux racines). Les guérisseurs prévoyants font des réserves de plantes séchées, qui garderaient leur efficacité lorsqu'elles sont conservées dans des bouteilles fermées.

fausse pudeur. Lors de notre premier contact, le président des guérisseurs de l'association de Challa Ogoï nous a d'emblée affirmé qu'il souffrait des pieds, qu'il avait vainement essayé de se soigner "à l'indigénat" et qu'il avait l'intention d'aller à l'hôpital.

La fonction du devin dépasse largement le champ de la santé. Elle consiste à consulter le *fa*, au moyen de différentes techniques, dont le jet des *kori* (coquillages) est la plus commune, pour prédire l'avenir. Les malades ou leurs proches (la présence du malade n'est pas nécessaire) s'adressent aussi au devin pour connaître la gravité de la maladie, son pronostic et surtout sa cause: maladie naturelle, maladie sanction provoquée par un manquement à leurs devoirs (voir dans Tall (1990) la description d'une séance de divination pratiquée pour une jeune femme dont les deux premiers enfants sont décédés en bas âge) ou encore maladie provoquée par une tierce personne, généralement un proche rongé de jalousie. Selon le résultat de cette recherche étiologique, le devin préconise des sacrifices de réparation ou de réconciliation, ou au contraire peut orienter le malade vers un guérisseur, désigné par le *fa*¹, qui devient responsable du malade, même s'il peut se faire aider au besoin. Pour les maladies non mentales, le *fa* peut aussi indiquer de consulter un thérapeute moderne (mais ne précise alors pas lequel). Ce n'est pas la nature de la maladie qui conditionne la recommandation du devin, puisque, pour la même maladie, le *fa* peut indiquer de consulter tantôt un guérisseur, tantôt un infirmier.

Comme *Fa* est une des divinités du culte traditionnel, beaucoup de chrétiens et de musulmans affirment ne plus du tout consulter les devins. Confrontés à une maladie grave, rebelle à tout traitement et/ou survenant dans un contexte particulier, il semblerait toutefois que certains transigent alors avec ce principe. Cela est par contre très rare chez les membres de l'Eglise du christianisme céleste et de l'Eglise de la renaissance de l'homme en Christ, adversaires acharnés des devins et des guérisseurs traditionnels. L'islamisation et surtout la christianisation croissante de la sous-préfecture limitent à la fois le volume de la clientèle des devins et le nombre de devins lui-même, puisque seuls les "fétichistes" sont devins. Dans la moitié *nagot* de la sous-préfecture, où la religion traditionnelle a moins bien résisté que dans la moitié *mahi*, le nombre de devins serait aujourd'hui fort restreint, selon un guérisseur traditionnel *nagot*.

Seules les maladies "mystérieuses" sont susceptibles de déboucher sur une consultation du devin. Par exemple, lorsqu'un cas de "paludisme mâle" est vainement traité en automédication, alors qu'en principe un tel traitement est considéré comme suffisant, on peut consulter un devin pour savoir si cela vaut la peine d'aller au dispensaire. Le devin est particulièrement consulté pour toutes les affections qui relèvent de la santé mentale: "phobies, cauchemars, visions la nuit, épilepsie, coma à l'éveil (sic!), le type sain qui commence à comprendre ce que dit le coq, le mouton, le cochon..., celui qui vire un peu vers la folie, qui cogne tout ce qui bouge et même les objets". La médecine moderne ne pourrait rien contre ce type de problèmes (ce qui est largement vrai, au niveau des services disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè). Les causes de ces maladies relèveraient de la négligence par le chef de famille des cérémonies rituelles périodiques, de la vengeance d'une victime ou d'un parent envers lequel on a négligé ses devoirs ou encore du non respect d'un interdit alimentaire.

Les malades s'adressent aux guérisseurs surtout pour des problèmes de santé particuliers, comme les maladies mentales, les maladies sexuelles, la stérilité et les maladies que l'on pense provoquées. Les malades s'adressent de moins en moins souvent à eux pour des maladies "banales". D'ailleurs un guérisseur reconnaît que rares sont les malades qui viennent directement les consulter: ils pratiquent d'abord l'automédication ou vont à l'hôpital. Il s'agira, par l'étude des itinéraires thérapeutiques, de vérifier cette affirmation, qui contredit ce que l'on a l'habitude d'entendre ou de lire à propos de la prise en charge de la maladie en Afrique subsaharienne, à

¹ Selon une autre source, le guérisseur est proposé par le malade et le *fa* indique s'il sera efficace ou non.

savoir que les malades utiliseraient massivement l'automédication et les services des guérisseurs et qu'ils n'iraient qu'ensuite dans les services de santé modernes, en cas d'échec de ces premiers traitements.

Les églises thérapeutiques et les vendeurs de médicaments

Ces deux composantes de l'offre informelle de soins de santé sont elles-mêmes multiformes. Nous trouvons par exemple des vendeuses d'herbes médicinales, des vendeurs de produit divers, souvent d'origine animale, rentrant dans la composition de gris-gris et de certaines recettes traditionnelles, et des vendeuses de médicaments modernes. Au moins pour ces dernières, le mode de vente peut être très divers: grands étals dans les marchés, petits étals au coin des rues, colportage, auquel s'ajoute souvent un service de proximité et d'urgence lorsque les clients s'adressent directement au domicile de la vendeuse.

Les études sur le marché informel des médicaments au Bénin sont rares, bien qu'avec le très vif succès rencontré par l'automédication, ce marché soit indispensable à bon nombre – la majorité? – des soins dispensés dans le pays. Citons celles d'Akangah (1986), de Sodogandji (1990) et d'Agossou (1997). Nous ne connaissons pas de publications spécifiques aux activités thérapeutiques des églises au Bénin¹. Dans un livre magnifique, *L'Afrique des guérisons*, de Rosny (1992) voit le succès croissant en Afrique des prophètes guérisseurs et des Eglises indépendantes jouant un rôle thérapeutique comme une alternative au pouvoir désormais limité des *nganga* (guérisseurs-devins), surtout en milieu urbain où l'individualisme tend à s'affirmer, et à l'incapacité du système hospitalier à fournir une thérapeutique globale de rechange.

Pour des informations plus fournies, mais plus localisées et sans doute encore trop lacunaires, sur les églises thérapeutiques et le commerce informel des médicaments, nous renvoyons le lecteur directement à la description de l'offre de soins dans la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie II, chap. 1b).

¹ Voir Uyanga (1979) pour le Nigeria et Tonda (1990) pour le Congo.

4. RESSOURCES SANITAIRES PUBLIQUES DU BÉNIN ET DU ZOU ET TAUX D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Afin de mettre en perspective les données fournies plus loin sur la sous-préfecture de Ouessè, nous donnons ci-dessous quelques informations, pour l'ensemble du Bénin puis par département, sur le volume des infrastructures sanitaires et des ressources humaines, sur la densité médicale et finalement sur les taux d'utilisation globaux des services de santé. A l'exception de ces derniers, qui incluent en principe le secteur moderne à but non lucratif (principalement les hôpitaux confessionnels), toutes ces données ne concernent que le secteur public, le seul qui soit documenté. La situation décrite minimise donc les ressources sanitaires du Bénin, particulièrement en milieu urbain.

a) Les infrastructures sanitaires

Selon le Ministère de la santé (1994a), le Bénin compte à la fin de l'année 1993 un Centre national hospitalier universitaire (CNHU), 4 CHD "conformes" et 18 CSSP ou CSCU "conformes", selon la terminologie en vigueur, c'est-à-dire répondant à la programmation sanitaire du Bénin, qui prévoit notamment que la chirurgie (de base), la radiologie et un laboratoire soient disponibles à ce niveau. Il y a par contre 66 CSSP ou CSCU non conformes, dont celui de Ouessè ne disposant pas de la chirurgie ni de la radiologie. Il y a encore 218 CCS regroupant un dispensaire et une maternité, 122 dispensaires et 30 maternités isolés. Si quasi toutes les sous-préfectures et les circonscriptions urbaines disposent donc du centre dévolu à ce niveau administratif, ce n'est par contre pas le cas pour les 517 communes. Il convient toutefois de relativiser le nombre de services à construire pour achever les objectifs de la planification sanitaire nationale, en rappelant que les communes avec CSSP n'ont pas besoin de CCS et qu'il arrive qu'un CSSP (et peut-être aussi un CCS) desserve officiellement plusieurs communes très proches, pour les soins de base. C'est par exemple le cas dans la sous-préfecture de Ouessè où le CSSP dessert trois communes, dont tous les villages sont à moins de quatre kilomètres. Le Bénin compte encore en 1994 313 UVS fonctionnelles (à vrai dire souvent médiocrement fonctionnelles), après un maximum de 402 en 1988, alors que la programmation 1982-1991 en prévoyait 2'500 pour 1991 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1981).

Les services de santé publics offrent 1'912 lits d'hospitalisation (les CCS en sont dépourvus) et 2'287 lits de maternité, soit 38 lits publics d'hospitalisation pour 100'000 habitants et 45 lits publics de maternité pour 100'000 habitants (ou 207 lits pour 100'000 femmes de 15 à 44 ans). Si l'on pose les hypothèses que toutes les femmes accouchent en maternité publique et qu'elles y restent trois jours en moyenne, le taux d'occupation des lits de maternité serait de 87 %. Il suffit de visiter quelques maternités publiques pour se rendre compte que ces deux hypothèses sont bien trop optimistes.

Cet inventaire n'est probablement pas très fiable. D'une part, certains établissements, comme le CSSP de Ouessè arguant que son service de chirurgie n'est encore pas fonctionnel, ne déclarent pas tous leurs lits; ce qui présente l'avantage d'améliorer le taux d'occupation. Dans d'autres services au contraire, comme dans certaines maternités de CCS que nous avons visité, une partie des lits déclarés ne sont plus guère utilisables... et visiblement plus utilisés depuis longtemps.

Le département du Zou, dont relève la sous-préfecture de Ouessè, compte fin 1993 un CHD, à Goho (Abomey), 6 CSSP ou CSCU conformes et 9 non conformes, 37 CCS regroupant un dispensaire et une maternité, 28 dispensaires et 13 maternités isolées, et finalement 62 UVS

fonctionnelles. Il y a 311 lits publics d'hospitalisation (36 pour 100'000 habitants) et 414 lits publics de maternité (48 pour 100'000 habitants ou 227 lits pour 100'000 femmes de 15 à 44 ans). Le nombre moyen de lits pour 100'000 habitants y est donc très proche de la moyenne nationale.

b) Le personnel du secteur public et la densité médicale

L'ensemble du secteur de santé public béninois compte, en 1993, 288 médecins, dont 31 étrangers, 1'223 infirmiers et infirmières, dont 583 du niveau 1, 536 du niveau 2 et seulement 104 du niveau 3, le plus élevé, 467 sages-femmes, 204 techniciens de laboratoire (trois niveaux de formation confondus), 51 techniciens de radiologie, 674 aides-soignants, 13 pharmaciens, 15 chirurgiens-dentistes et 1'315 autres professionnels non médicaux ou paramédicaux, soit au total 4'250 employés (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Les médecins travaillent dans les 84 CSSP ou CSCU (en principe un par CSSP/CSCU, qui exerce la fonction de médecin-chef de sous-préfecture), dans les 4 CHD, au CNHU (72 médecins), mais aussi dans les directions départementales de la santé et au Ministère de la santé (31 médecins). Nombre d'entre eux exercent donc principalement ou exclusivement une fonction d'administration, de planification et de supervision. En fait, en dehors des cinq établissements qui constituent le niveau central et le niveau intermédiaire, l'essentiel des soins (la quasi totalité pour les soins ambulatoires) repose sur les infirmiers, infirmières et sages-femmes, secondés d'aides-soignant(e)s.

A la fin de l'année 1993, la densité du personnel sanitaire public est donc pour l'ensemble du Bénin de 6 médecins pour 100'000 habitants, de 24 infirmiers pour 100'000 habitants, de 9 sages-femmes, de 4 techniciens de laboratoire, de 1 technicien de radiologie, de 13 aides-soignants, de 0,3 pharmacien, de 0,3 chirurgien-dentiste et de 25 autres employés pour 100'000 habitants, pour un total de 82 personnes émergeant au Ministère de la santé pour 100'000 habitants, dont 25 non médicaux ni paramédicaux.

A lui seul, le CNHU emploie 698 personnes, soit 16,4 % des ressources humaines du secteur sanitaire public (mais un quart des médecins), et le Ministère de la santé 315 personnes (7,4 % du total des employés et plus de 10 % des médecins). Si l'on comptabilise aussi le personnel du CNHU et du Ministère de la santé, qui ont, il est vrai, une vocation nationale, bien que le CNHU soit très majoritairement utilisé par les habitants de l'Atlantique, ce département qui compte 21,7 % de la population nationale concentre donc 40,7 % des employés du secteur sanitaire public (47,2 % des médecins, 31,2 % des infirmiers, 47,5 % des sages-femmes, 48,5 % des techniciens de laboratoire, un tiers des techniciens de radiologie, 11 pharmaciens sur 13, 7 chirurgiens-dentistes sur 15 et la moitié des aides-soignants).

En 1993, le département du Zou compte 27 médecins, 160 infirmiers et infirmières, 48 sages-femmes, 24 techniciens de laboratoire, 8 techniciens de radiologie, 59 aides-soignants, 1 pharmacien, 1 chirurgien-dentiste et 64 autres professionnels non médicaux ou paramédicaux, soit au total 392 personnes (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a). Fin 1993, la densité du personnel sanitaire public est pour le Zou de 3 médecins pour 100'000 habitants, de 17 infirmiers pour 100'000 habitants, de 5 sages-femmes, de 2 techniciens de laboratoire, de 1 technicien de radiologie, de 6 aides-soignants, de 0,1 pharmacien, de 0,1 chirurgien-dentiste et de 7 autres employés, pour un total de 40 personnes pour 100'000 habitants.

Si l'on ne tient pas compte des ressources humaines du CNHU et du Ministère de la santé, des disparités de densité médicale subsistent entre les départements (cf. Tableau 11). La densité globale de personnel sanitaire est alors de 62 pour 100'000 habitants pour l'ensemble du Bénin. D'un département à l'autre, elle fluctue entre 32 pour 100'000 (Mono) et 87 pour 100'000 (Ouémé et Borgou), soit presque du simple au triple. Avec seulement 45 fonctionnaires de la

santé pour 100'000 habitants, le Zou se situe nettement en dessous de la moyenne, en avant-dernière position. Les écarts entre départements ne sont toutefois pas aussi prononcés pour les principales catégories professionnelles assurant les soins. Pour une moyenne nationale de 4 médecins pour 100'000 habitants, l'Atlantique, le Mono et le Zou en ont 3 et l'Ouémé 5. On compte en moyenne 19 infirmiers pour 100'000 habitants, avec un minimum de 14 dans l'Atlantique et de 15 dans le Mono et un maximum de 29 dans le Borgou. Le Zou se situe parfaitement dans la moyenne. Les sages-femmes sont proportionnellement très nombreuses dans l'Atlantique (15 pour 100'000), département dont les postes sont très convoités, et très peu nombreuses dans Atacora (4 pour 100'000), département le plus reculé, pour une moyenne nationale de 8 pour 100'000. L'Ouémé, qui abrite la deuxième ville du pays, se situe aussi au-dessus de la moyenne (9 pour 100'000), alors que les trois derniers départements en ont chacun 6 pour 100'000.

Il semblerait que les sages-femmes, dont le statut est supérieur à celui des infirmiers, réussissent mieux que les autres professionnels de la santé à être affectées dans les régions les plus attractives, laissant les maternités les plus périphériques aux mains d'infirmières. Il est frappant de remarquer à quel point les sages-femmes se concentrent dans l'Atlantique, alors que la densité de médecins et d'infirmiers y est un peu plus basse qu'en moyenne, probablement parce que le CNHU, hors statistique ici, constitue la pièce maîtresse du secteur public de l'Atlantique, cumulant les rôles d'hôpital de référence national, de centre hospitalier départemental et de principal centre public de soins de base pour les habitants de l'agglomération de Cotonou, c'est-à-dire pour la majorité des habitants de l'Atlantique.

Tableau 11 Répartition par département du personnel de santé du secteur public en décembre 1993, sans le CNHU ni le Ministère de la santé, et densité médicale pour 100'000 habitants (source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

	Médecins		Infirmiers		Sg-femmes		Tech labo		Tech radiol		Aides-soign		Autres		Total	
Départem.	N	%00000	N	%00000	N	%00000	N	%00000	N	%00000	N	%00000	N	%00000	N	%00000
Atacora	27	4	134	20	29	4	18	3	5	0.7	57	8	73	11	343	50
Atlantique	33	3	161	14	164	15	23	2	5	0.4	188	17	143	13	717	64
Borgou	37	4	256	29	54	6	19	2	10	1.1	123	14	258	30	757	87
Mono	18	3	110	15	40	6	15	2	1	0.1	34	5	12	2	230	32
Ouémé	43	5	182	20	83	9	29	3	10	1.1	65	7	385	42	797	86
Zou	27	3	160	19	48	6	24	3	8	0.9	59	7	66	8	392	45
Bénin	185	4	1003	19	418	8	128	2	39	0.8	526	10	937	18	3236	62

Alors que les techniciens de laboratoire sont assez également répartis entre les départements en fonction de leur population, il n'en va pas de même des techniciens de radiologie, pour lesquels le Zou s'inscrit toutefois dans la moyenne. Les disparités interdépartementales sont énormes pour les aides-soignants et pour les autres catégories professionnelles non soignantes. Pour une moyenne de 10 pour 100'000 habitants, les aides-soignants ne sont que 5 dans le Mono alors qu'il y en a 17 dans l'Atlantique, le Zou se situant en dessous de la moyenne (7 pour 100'000). Le Mono n'a que 2 "autres professions" pour 100'000 habitants, alors que ce taux grimpe à 42 pour 100'000 pour l'Ouémé. Le Zou est à nouveau en dessous de la moyenne (8 contre 18 pour 100'000). Il est possible que la réalité sur le terrain, pour les aides-soignants et les autres employés, soit moins inégalitaire que ne le laissent supposer les chiffres du Ministère de la santé. Depuis quelques années, et la tendance s'est

renforcée après 1993 tout en s'étendant au personnel plus qualifié, une partie croissante du personnel des services de santé publics n'émarge plus au budget de l'Etat. Payé sur le financement communautaire, du personnel auxiliaire est en effet de plus en plus souvent engagé localement pour pallier au manque de personnel. Si ce processus favorise un rééquilibrage bienvenu des densités de personnel de santé, on peut se demander pourquoi la population de certains départements doit plus souvent que d'autres payer directement ses agents de santé.

Si l'on ne considère que les médecins, infirmiers et sages-femmes, il ressort du Tableau 11 que le Mono est le département le plus mal loti, alors que l'Ouémé et le Borgou ont des dotations supérieures à la moyenne. Le Zou se situe quant à lui légèrement au-dessous de la moyenne. Contrairement à ce que suggérerait le discours quasi récurrent de fonctionnaires désirant travailler dans le Sud, les inégalités interdépartementales de densité médicale ne se traduisent pas en 1993 par un gradient nord-sud. Il convient toutefois de rappeler que le CNHU de Cotonou et le Ministère de la santé, soit près du cinquième du total des médecins, infirmiers et sages-femmes, sont exclus de cette statistique.

A la demande du FMI, le Bénin a procédé à un redéploiement de ses fonctionnaires dans tout le pays. Effectué en 1991 pour le personnel du Ministère de la santé, il resta d'une ampleur limitée, si bien que les inégalités interdépartementales de densité médicale subsistent. Au vu des inégalités de couverture, les sages-femmes devaient être la catégorie professionnelle la plus touchée par ce redéploiement. Apparemment, elles ont souvent refusé d'intégrer leur nouveau poste ou ont été plus rapides que les autres professions pour reprendre leur marche vers le Sud. Pour l'Atacora, le plus déshérité des départements, il y avait ainsi 30 sages-femmes en 1991, avant le redéploiement, et il y en avait (ou devait y avoir?) 51 après le redéploiement (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1992). Or fin 1993 il n'y en avait plus que 29! C'est la seule catégorie de professionnels pour lesquels se dessine un gradient nord-sud de densité. Ce gradient, ou plutôt cette opposition entre les deux départements abritant les deux principaux pôles urbains du pays et le reste du Bénin, était toutefois plus net encore pour l'année 1990. La densité de sages-femmes était alors de 5 pour 100'000 habitants dans l'Atacora, le Borgou et le Mono, de 6 dans le Zou, de 11 dans l'Ouémé (Porto-Novo) et de 17 dans l'Atlantique (Cotonou).

A cette opposition de couverture sanitaire entre les départements se superpose une opposition déjà ancienne entre les zones rurales et les zones urbaines. En 1986, environ 70 % des médecins résidaient dans les chefs-lieux de départements ou dans les quelques autres grandes villes, comptant seulement 23 % de la population nationale. Les dernières données disponibles distinguant ces deux types de zones remontent à 1989 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Le Tableau 12 fournit la desserte médicale pour l'ensemble du pays, pour le département du Zou dont relève la sous-préfecture de Ouessè et pour le département de l'Atlantique (Cotonou et son arrière-pays), le mieux desservi du pays, en opposant les zones rurales et urbaines de chacune de ces unités administratives. Nous nous limitons ici aux trois principales catégories de professionnels de la santé (médecins, infirmiers et sages-femmes), mais en incluant les agents du secteur privé formel, y compris le personnel étranger.

En 1989, le Bénin ne dispose que d'un médecin (tous types d'activités confondus) pour environ 14'400 personnes. L'écart de desserte entre zones rurale et urbaine est considérable: 1 médecin pour 43'000 personnes en zone rurale et 1 médecin pour 4'900 personnes en zone urbaine, soit presque 9 fois plus. La desserte en médecins du département de l'Atlantique est 2,2 fois plus élevée que celle du Bénin. Mais étonnamment, l'écart rural-urbain y est encore plus creusé qu'en moyenne nationale. Pour la zone urbaine de l'Atlantique, la desserte est de loin la meilleure du pays (1 médecin pour environ 3'400 personnes), alors qu'elle est la pire pour la zone rurale (1 médecin pour 69'900 personnes, soit presque 21 fois moins). L'excellente desserte urbaine de l'Atlantique (à l'aune du Bénin) était prévisible, du fait de la présence du CNHU, du Ministère de la santé et de nombreux privés. Mais tout se passe comme si la métropole

cotonnoise, qui rassemble la majorité des habitants du département, y aspire tous les médecins, au détriment de la zone rurale périphérique. Pour le département du Zou, la densité médicale moyenne est presque deux fois moins bonne que pour l'ensemble du pays. Elle y est deux fois moins bonne en zone urbaine et 1,3 fois moins bonne en zone rurale.

Le Bénin compte en moyenne 1 infirmier pour environ 3'300 personnes en 1989, soit 1 infirmier pour 1'500 personnes en zone urbaine et 1 pour 5'600 en zone rural. La desserte en infirmiers est donc 4,3 fois supérieure à celle en médecins et l'écart rural-urbain y est plus réduit (de 1 à 3,7 contre 1 à 8,8). Encore une fois, l'Atlantique bénéficie d'une desserte supérieure à la moyenne nationale (1,4 fois plus) et le Zou une desserte inférieure (1,2 fois moins). La zone urbaine de l'Atlantique enregistre une desserte en infirmiers similaire à la moyenne nationale. Par contre, la desserte y est 1,6 fois inférieure en zone rurale. On retrouve donc là le même phénomène que pour les médecins. Pour la zone urbaine du Zou, la desserte est 1,5 fois moins bonne qu'en moyenne nationale, alors qu'elle lui est légèrement meilleure en zone rurale.

Tableau 12 Nombre d'habitants pour un médecin, un infirmier et une sage-femme des secteurs public et privé formel en 1989, selon la zone de résidence (source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991).

		Bénin	Atlantique	Zou
Médecins	Total	14'361	6'404	27'960
	Zone urbaine	4'856	3'381	9'829
	Zone rurale	42'828	69'862	55'979
Infirmiers	Total	3'328	2'423	4'099
	Zone urbaine	1'518	1'412	2'321
	Zone rurale	5'644	8'891	5'175
Sages-femmes	Total	10'168	4'674	14'234
	Zone urbaine	4'126	2'890	7'957
	Zone rurale	20'516	12'540	18'111

Le Bénin compte 1 sage-femme pour environ 10'200 personnes en 1989, soit seulement 1,4 fois plus que de médecins. La zone urbaine en compte 1 pour 4'100 personnes et la zone rurale 1 pour 20'500, soit 5 fois moins. L'écart rural-urbain est donc plus prononcé pour les sages-femmes que pour les infirmiers, confirmant le principe selon lequel plus une ressource est rare et plus elle tend à se concentrer en ville. Tout comme pour les médecins, la desserte de l'Atlantique en sages-femmes est 2,2 fois plus élevée que celle du Bénin. Contrairement à ce que nous avons observé pour les médecins et les infirmiers, la desserte de la zone rurale de l'Atlantique est plus élevée que celle du Bénin (1,6 fois plus). Tout comme pour les deux autres catégories professionnelles, la desserte en sages-femmes du Zou est inférieure à la moyenne nationale (1,4 fois moins). Cela est uniquement dû à la zone urbaine, très en dessous de la moyenne (1,9 fois moins), alors que la zone rurale est un peu mieux desservie que la moyenne nationale. Nous avons relevé plus haut à quel point en 1993 les sages-femmes se concentrent dans l'Atlantique et semblent fuir l'Atacora. Cela est encore bien plus vrai si l'on oppose l'Atlantique urbain à l'Atacora rural. On y trouve respectivement 1 sage-femme pour 2'890 personnes contre 1 pour 31'975 personnes en 1989, soit 11 fois moins!

Pour les trois catégories professionnelles envisagées, la desserte du Zou est toujours sensiblement à nettement inférieure à la moyenne nationale. Par contre, les écarts entre zones rurale et urbaine y sont plus faibles que pour l'Atlantique ou l'ensemble du Bénin.

Mais selon l'UNICEF (1991) ces disparités rurales-urbaines doivent être partiellement relativisées. Beaucoup d'agents seraient affectés en ville pour des raisons de santé ou parce qu'ils sont en fin de carrière, d'où une moindre motivation. De plus, le personnel féminin, moins disponible pour cause de grossesse, serait surreprésenté en ville. La différence du volume d'activités effectivement fournies entre les milieux urbain et rural serait donc inférieure à celle du personnel.

c) Taux d'utilisation des services de santé publics et confessionnels

Les annuaires statistiques annuels du Ministère de la santé permettent de suivre l'évolution nationale et par département du niveau d'activité des services de santé publics et confessionnels (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991; 1992; 1993b; 1994a). Ils distinguent les soins curatifs des soins liés à la santé maternelle et infantile (SMI), soit les consultations prénatales, les accouchements, les consultations post-natales, les consultations infantiles (de 0 à 11 mois), les consultations des enfants sains (de 12 à 35 mois) et la vaccination. Nous n'avons pas inclus dans le cadre de cette thèse les activités de planification familiale des maternités en raison de leur caractère marginal (moins de 3 % des femmes en âge de procréer y recourent, du moins à travers les services de santé publics). La situation en 1993, pour l'ensemble du pays et pour le département du Zou, et, parfois, son évolution sur quelques années permettent de situer dans un contexte plus large le niveau d'utilisation de ces différentes prestations par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Afin de permettre les comparaisons et d'insister sur les différences d'accès à l'offre sanitaire, l'utilisation de ces prestations est mesurée en taux plutôt qu'en valeurs absolues.

Les soins curatifs

Pour les seuls soins curatifs, le taux de fréquentation moyen des formations sanitaires publiques et confessionnelles de l'ensemble du Bénin est de 25 % en 1993. Cela implique qu'en moyenne chaque Béninois se rend dans ces formations pour une nouvelle consultation tous les quatre ans. Le taux de fréquentation (ou d'utilisation, deux termes que nous utiliserons indifféremment) varie fortement avec l'âge. Il est maximal pour les enfants de moins d'un an (83 %), puis diminue rapidement avec l'augmentation de l'âge (33 % pour les enfants de 1 à 4 ans et 16 % pour ceux de 5 à 14 ans), avant de remonter un peu pour les adultes (23 %). Ce sont donc a priori les catégories d'âge les plus exposées à la maladie qui fréquentent le plus souvent – le moins rarement serait-on tenté de dire – les services de santé pour des soins curatifs.

Le taux d'utilisation varie assez peu d'un département à l'autre. Il est minimal dans le Mono (21 %) et maximal dans l'Ouémé (presque 29 %). Le département du Zou se situe au-dessous du taux de fréquentation moyen, avec moins de 23 %. Toutefois, si l'on tient compte de l'âge, il n'en va pas toujours de même. Ainsi, le taux de fréquentation des enfants de moins d'un an du Zou est un des plus élevés en 1993 (91 %, pour une moyenne de 83 %). Pour les enfants de 1 à 4 ans, le taux de fréquentation est à peine inférieur à la moyenne nationale. Par contre, les enfants de 5 à 14 ans du Zou sont les plus faibles utilisateurs des services de santé de tout le Bénin (11,5 % contre 16 % en moyenne). Dans une moindre mesure, les adultes du Zou sous-utilisent aussi les services de santé par rapport à l'ensemble des adultes du Bénin (20 % contre 23 %).

Bien que très faible, le taux de fréquentation des services de santé pour les soins curatifs est en constante augmentation depuis 1991 (cf. Tableau 13), après une phase de décroissance à la fin des années 1980, période s'achevant sur la quasi faillite de l'Etat. La pénurie croissante de médicaments, la démotivation d'un personnel payé avec beaucoup de retard et de longues grèves

firent descendre le taux de fréquentation à seulement 12 %, en 1990. Avec des taux un peu moins élevés, l'évolution pour le Zou est la même que pour l'ensemble du pays.

Nous ne disposons d'information sur l'indice de concentration¹ que pour les années 1987 à 1989 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Pour le Bénin, chaque patient a effectué en moyenne 1,8 consultation par année (2 pour le Zou). Ces valeurs sont stables de 1987 à 1989, malgré la très forte baisse du nombre de consultations enregistrée entre 1987 et 1988.

Tableau 13 Evolution du taux d'utilisation (en %) des services de santé publics et confessionnels du Bénin et du département du Zou pour les soins curatifs, de 1987 à 1993 (sources: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991; 1992; 1993b; 1994a).

	Bénin	Zou
1987	32.0*	14.9
1988	15.0	14.7
1989	14.5	13.6
1990	11.9	10.9
1991	19.1	16.2
1992	21.7	15.1
1993	25.1	22.6

* Ce taux de fréquentation est sans doute à considérer avec précaution, puisqu'il est fortement tiré vers le haut par le taux exceptionnellement et étonnamment élevé du département de l'Atlantique (89 %).

En 1987, le taux d'hospitalisation national est de presque 10 ‰. Contrairement au taux d'utilisation, il n'a que légèrement diminué les deux années suivantes. Pour le Zou, on observe une stabilité des taux d'hospitalisation de 1987 à 1993, alors que les taux de consultation ambulatoire peuvent y varier fortement. Cela suggère que les cas les plus graves, contrairement aux autres, sont peu sensibles aux variations d'attractivité des services de santé.

Le taux d'occupation des lits est de 25,9 % en 1987 pour l'ensemble du pays. Il tombe ensuite à 15,4 % en 1988 et à 9,8 % en 1989. Pour le Zou, les taux sont un peu meilleurs (20,4 % en 1988 et 16,3 % en 1989). Stable de 1987 à 1989, la durée moyenne d'hospitalisation est d'un peu plus de 5 jours, pour le Zou comme pour l'ensemble du Bénin (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Nous ne disposons pas de données plus récentes sur le taux d'occupation des lits ni sur la durée moyenne des séjours.

Les consultations prénatales

En 1993, 69 % des femmes enceintes du Bénin ont au moins effectué une consultation prénatale². Cette proportion varie fortement d'un département à l'autre, de 50 % pour l'Atacora à 80 % pour le Zou. En moyenne, chaque femme ayant pratiqué les consultations prénatales a effectué 3,3 visites par grossesse. Ici encore, les variations interdépartementales sont importantes: de 2,7 visites dans l'Atacora à 3,7 visites dans l'Ouémé (3,6 dans le Zou). D'une manière générale, le nombre moyen de visites tend à être d'autant plus élevé que le taux de couverture l'est aussi.

Depuis quelques années, le taux de couverture pour les consultations prénatales est en augmentation. Pour l'ensemble du Bénin, ce taux est de 51 % en 1987 et de 56 % en 1988. Il

¹ Total des nouveaux et des anciens cas divisé par le nombre de nouveaux cas, soit une approximation du nombre moyen de consultations par consultant pour un épisode de maladie donné.

² Nombre de nouvelles consultantes fois 100 divisé par le nombre de grossesses attendues, calculé sur la base d'un taux de natalité de 47,4 ‰.

chuta à 47 % en 1989, mais augmenta fortement l'année suivante (59 %), pour croître ensuite régulièrement jusqu'en 1993. Dans le même temps, l'évolution du taux de couverture pour le Zou est si irrégulière que l'on peut douter de la fiabilité de certaines estimations (48 % en 1990, 109 % en 1991 et 73 % en 1992). A voir les moyennes nationales, la crise de l'Etat à la fin des années 1980, et en particulier celle des services de santé publics, a beaucoup moins affecté les consultations prénatales que les soins curatifs.

De 1990 à 1993 (nous ne disposons pas de données antérieures), le nombre moyen de visites par femme ayant pratiqué les consultations prénatales augmente lui aussi régulièrement, de 2,7 à 3,3. Il est par contre stable pour le Zou, mais à un niveau supérieur (environ 3,6), sauf pour l'année 1991 (2,7), qui enregistre un taux de couverture anormalement élevé (109 %). Il n'est pas exclu que cette année bon nombre d'anciennes consultantes aient été considérées comme de nouvelles consultantes.

Les accouchements

Selon le monitoring des activités des services de santé, une Béninoise sur deux est assistée par un agent de santé au cours de son accouchement en 1993. Toutefois, le taux de couverture obstétricale varie du simple au double selon le département: de 32 % dans l'Atacora à 65 % dans l'Ouémé, suivi de près par le Zou (63 %). Remarquons que le taux de couverture obstétricale de l'Atlantique (Cotonou) est à peine supérieur à la moyenne nationale, peut-être parce que bon nombre de femmes y accouchent dans le secteur privé, non pris en compte par les statistiques du Ministère de la santé. Selon une enquête un peu plus ancienne directement auprès un échantillon national de la population, 52 % des femmes accouchent dans un centre de santé, 32 % à domicile, 9 % dans une clinique privée ou un hôpital confessionnel et 5 % dans une UVS (UNICEF, 1991). Pour le département du Zou, ces valeurs sont de respectivement 62, 23, 5 et 9 %. Selon cette enquête, les écarts d'un département à l'autre peuvent être considérables. Ainsi, 51 % des femmes du Borgou accouchent à domicile, contre seulement 13 % de celles de l'Atlantique.

Au niveau national, le taux d'accouchement assisté, selon les rapports d'activité des maternités, fluctue entre 35 % et 39 % de 1987 à 1991, avant d'augmenter sensiblement (45 % en 1992 et 50 % en 1993). Pour le département du Zou, ce taux n'était que de 33 % en 1987. Il bondit à 50 % l'année suivante, avant de chuter à 38 % en 1989, année la plus noire de l'histoire récente des services de santé publics, avec 1990. Depuis 1990, la pente ascendante est claire: de 38 % en 1989 on passe à 49 % en 1990, à 56 % en 1991 et 1992 et à 63 % en 1993. La proportion d'accouchements assistés avec complications obstétricales (dystocies) est de 8,5 % en 1993 pour le Bénin et de 9,1 % pour le Zou. Une partie inconnue de ces accouchements ont nécessité (ou auraient nécessité) une césarienne.

En comparant le taux de couverture pour les consultations prénatales et obstétricales à celui pour les accouchements assistés, on observe que ce dernier est systématiquement inférieur, ce qui signifie que bon nombre de femmes suivent les consultations prénatales (au moins une), mais accouchent en dehors des formations sanitaires publiques ou confessionnelles, soit à domicile, soit dans le secteur privé, soit encore en UVS¹. L'écart entre les taux nationaux de couverture prénatale et de couverture obstétricale est de 12 à 17 points de pourcentage pour les années 1987 à 1989. Il est de 18 à 22 points pour les années 1990 à 1993. Peut-être faut-il y voir les effets de l'augmentation de l'offre en cliniques d'accouchement dès le début des années 1990.

¹ Les annuaires statistiques du Ministère de la santé sont ambigus au sujet des UVS, qui ne sont probablement pas considérées comme des "formations sanitaires" offrant un accouchement "assisté".

Les consultations post-natales

En 1993, seules 24 % des femmes ayant accouché au Bénin ont effectué au moins une consultation post-natale (1,8 en moyenne). Cette proportion est particulièrement basse dans les deux départements du Nord (moins de 15 %), mais nettement plus élevée dans le Zou (33 %) et l'Ouémé (39 %). En moyenne nationale, seule une femme sur deux ayant accouché dans une maternité publique ou confessionnelle y retourne donc au moins une fois pour une consultation post-natale.

Le taux de couverture pour les consultations post-natales peine à décoller. Il stagne autour de 12 à 14 % de 1987 à 1990, avant de prendre un léger essor: 17 % en 1991, 23 % en 1992 et 24 % en 1993. Pour le Zou, la progression est un peu plus rapide: 13 % en 1987, 18 % en 1990, 25 % en 1991 et 33 % en 1992 et 1993.

Les consultations infantiles (0 à 11 mois)

Pour les consultations infantiles, le taux de couverture national (au moins une visite) est de 41 % en 1993, avec des écarts interdépartementaux allant du simple au double: Mono 27 % et Ouémé 55 %. Le Zou arrive quant à lui en deuxième position (51 %). En moyenne, les enfants ont effectué 2,5 visites. On observe donc une nette déperdition de couverture entre les consultations prénatales (69 %) pour le Bénin, les accouchements assistés (50 %) et les consultations des enfants de 0 à 11 mois (41 %), sans parler des consultations post-natales des mères (24 %), qui seraient encore moins fréquentées si certaines sages-femmes ne les pratiquaient pas conjointement avec les premières consultations des enfants de 0 à 11 mois.

Au niveau national, le taux de couverture des enfants de 0 à 11 mois a pris un essor récent, bien qu'encore limité. De 1987 à 1990, ce taux stagne de 25 à 27 %, avec une baisse à 22 % en 1989. Il augmente ensuite timidement en 1991 (31 %), puis plus nettement en 1992 (40 %), niveau confirmé l'année suivante (41 %). Pour le Zou, cet essor est plus rapide. Parti de 23 % en 1987, le taux de couverture des enfants de 0 à 11 mois est de 39 % en 1990, de 44 % en 1991, de 49 % en 1992 et de 51 % en 1993. Pour le Zou, on observe toutefois une évolution du nombre moyen de visites par enfant qui contrebalance partiellement l'augmentation du taux de couverture. Il augmente régulièrement de 1985 (1,6 visite) à 1989 (3,4 visites), puis diminue régulièrement jusqu'en 1993 (2,4 visites). Moins marquée, la tendance est la même pour l'ensemble du Bénin, avec un long palier à trois visites par enfant de 1988 à 1991.

La vaccination

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) a démarré en 1977 au niveau international. A cette date, un décret est promulgué au Bénin, rendant obligatoire la vaccination contre les six maladies du PEV. Mais ce n'est qu'entre 1982 et 1985 qu'est mis sur pied le Programme national de vaccination, dont la population cible sont les enfants de 0 à 11 mois et les femmes en âge de procréer, tout particulièrement celles enceintes. Les taux de couverture vaccinale pour les différents vaccins du PEV¹ a considérablement progressé de 1985, année où les taux de couverture étaient il est vrai fort bas, à 1990, année de la vaccination universelle des enfants. Les grandes campagnes menées dans le cadre du PEV ont été un succès, si bien qu'en 1990 au moins 7 enfants de moins d'un an sur 10 sont vaccinés contre chacune des maladies du PEV (cf. Tableau 14). Après cet accent particulier mis sur la vaccination, soutenu par des moyens considérables, vint dès 1991 la délicate phase d'intégration de la vaccination dans les activités de routine de l'ensemble des services de santé publics, sans incitation ni appui logistique massifs.

¹ Protégeant les enfants contre la tuberculose (BCG), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite (DTCP) et la rougeole (Rouvax), et les femmes enceintes, plus particulièrement les enfants à naître, contre le tétanos (VAT).

Cette dernière est plutôt réussie, bien que l'on constate de 1990 à 1993 un fléchissement régulier dans les taux de couverture vaccinale du Bénin, sauf pour le vaccin "Polio 0". Notons toutefois qu'il n'est pas uniforme: de 1992 à 1993 le Zou a augmenté sa couverture vaccinale. Une reprise semble depuis amorcée au niveau national, puisque le taux de couverture vaccinale pour DTC 3 est de 85 % en 1995 et de 80 % en 1996 (LÉVY-BRÜHL, SOUCAT, OSSENI [*et al.*], 1997).

Afin d'augmenter l'accessibilité à la vaccination, une double stratégie a été adoptée:

- vaccination dans les services de santé, en particulier les maternités, mais aussi lors de consultations curatives¹;
- vaccination décentralisée, habituellement mensuelle, dans tous les villages de quelque importance ("stratégie avancée").

Environ 60 % de la couverture vaccinale est assurée par la stratégie avancée (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Le dépistage actif des enfants de la population cible est également recommandé, afin d'améliorer la couverture vaccinale. Sans doute à cause de l'excellente accessibilité à la vaccination, une enquête menée au tout début de la décennie montre que le statut de la commune de résidence (rurale, urbaine de district (sous-préfecture) rural et urbaine chef-lieu de département) n'influence pas la couverture vaccinale (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Cette enquête avait toutefois été réalisée juste après un effort particulier de vaccination. Il n'est pas certain que ses conclusions soient encore valables aujourd'hui, avec la vaccination de routine. La même enquête indiquait que le sexe de l'enfant n'influence pas la couverture vaccinale, ni l'âge de l'enfant au-delà de 12 mois, ni le rang de l'enfant dans la fratrie. La couverture vaccinale était d'autant meilleure que les connaissances des mères relatives à la vaccination étaient bonnes (nombre de vaccinations et âges correspondants, vaccination dès la naissance, jour de vaccination dans son village, nombre de maladies cibles). Elle variait aussi selon le type d'organisation des services de santé (stratégie de prise en charge, existence d'un programme de soins de santé primaires, demande aux mères de venir). La couverture vaccinale variait aussi selon le département.

Selon le type de vaccin, de 69 % à 91 % de l'ensemble des Béninois de moins d'un an sont vaccinés en 1993 (cf. Tableau 14). Selon les directives du PEV (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1990), le Polio 0 doit être administré avant six semaines, avec le BCG. Il est souvent recommandé de saisir l'opportunité d'un accouchement en maternité pour administrer ces deux antigènes. Cette possibilité de vacciner l'enfant avant sa sortie de maternité explique sans doute le bon taux de couverture pour le BCG (91 %), puisqu'environ la moitié des accouchements sont assistés. Il n'est toutefois pas rare qu'un enfant sorte de la maternité sans avoir été vacciné. Cela semble plus souvent le cas pour le Polio 0 que pour le BCG, puisqu'en 1993 seuls 76 % des enfants ont reçu cette première dose de vaccin contre la poliomyélite. Cette surprenante et forte déperdition entre le BCG et le Polio 0 est relevée chaque année.

A six semaines, l'enfant devrait recevoir sa première dose de "DTCP"². Le taux de couverture pour cet antigène est aussi élevé que pour le BCG en 1993, pour le Bénin comme pour le Zou. Le taux de couverture assez médiocre obtenu par le Polio 0, qui devrait s'effectuer en même temps que le BCG ou s'intercaler entre celui-ci et le DTCP 1, étonne d'autant plus qu'il n'y a pas de déperdition entre le BCG et le DTCP 1. Selon le calendrier idéal, l'enfant

¹ Conformément aux recommandations du groupe consultatif de l'OMS sur le PEV, le personnel de santé a pour consigne de saisir toutes les opportunités de contact pour vérifier la couverture vaccinale des enfants et, le cas échéant, en combler les lacunes. "La couverture vaccinale est d'autant meilleure que l'on tend vers la vaccination au quotidien" (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1991). Dans les faits, des considérations pratiques retiennent souvent les agents de santé d'associer la vaccination aux consultations curatives.

² Un vaccin injectable unique combine les trois antigènes "DTC", alors que le vaccin contre la poliomyélite s'administre sous forme de gouttes orales. Comme ces deux vaccins sont toujours administrés simultanément, leur taux de couverture sont toujours identiques. C'est pourquoi nous les synthétisons sous l'appellation "DTCP".

devrait recevoir le DTCP 1 à 6 semaines, le DTCP 2 28 jours après le DTCP 1 et le DTCP 3 28 jours après le DTCP 2. Les trois doses de "DTCP" sont identiques. Leur numéro précise uniquement si l'enfant reçoit la première, la deuxième ou la troisième dose. Le taux de couverture vaccinale ne peut donc que décroître de DTCP 1 à DTCP 3, puis entre cette dernière dose et le vaccin antirougeoleux, qui clôt le calendrier vaccinal dès l'âge de 9 mois. En 1993, cette déperdition est restée modérée, de 6 à 8 % points de pourcentage à chaque étape. Ainsi, pour l'ensemble du Bénin, le taux de couverture pour le DTCP 2 est de 84 %, celui du DTCP 3 de 77 % et celui du vaccin antirougeoleux de 69 %.

En définitive, plus de la moitié des enfants de moins d'un an (55 %) ont reçu l'ensemble des six doses du PEV. Pour le département du Zou, les taux de couverture vaccinales sont sensiblement supérieurs à la moyenne nationale (de six à treize points), sauf pour le vaccin antirougeoleux, pour lequel il est identique. Paradoxalement, la proportion d'enfants de moins d'un an intégralement couverts contre les six maladies du PEV y est légèrement inférieure à la moyenne nationale (53 % contre 55 %).

Tableau 14 Taux de couverture vaccinale en % pour le Bénin et le Zou en 1993 (source: MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

	Population cible	1990		1993	
		Bénin	Zou	Bénin	Zou
BCG	Enfants de 0 à 11 mois	103	106	91	98
Polio 0	Enfants de 0 à 11 mois	68	80	76	89
DTCP 1	Enfants de 0 à 11 mois	103	102	90	97
DTCP 2	Enfants de 0 à 11 mois	96	94	84	91
DTCP 3	Enfants de 0 à 11 mois	85	84	77	83
Antirougeoleux	Enfants de 0 à 11 mois	79	75	69	69
6 doses vaccins PEV	Enfants de 0 à 11 mois	?	?	55	53
VAT 1	Femmes de 15 à 44 ans enceintes	*	*	53	61
VAT 2	Femmes de 15 à 44 ans enceintes	*	*	42	51
VAT 3	Femmes de 15 à 44 ans enceintes	*	*	17	17
VAT 4	Femmes de 15 à 44 ans enceintes	*	*	12	11
VAT 5	Femmes de 15 à 44 ans enceintes	*	*	8	7

* Avant 1993, la population cible retenue pour le vaccin antitétanique était l'ensemble des femmes de 15 à 44 ans, qu'elles soient enceintes ou non. Les taux de couverture pour 1990 ne sont donc pas comparables à ceux de 1993 et nous préférons les omettre.

Notons que cette analyse de la couverture vaccinale examine si les enfants de moins d'un an sont vaccinés ou non. A l'intérieur de cette période, elle ne s'interroge pas sur les éventuels – et très fréquents dans la pratique – retards sur le calendrier idéal. Par ailleurs, une minorité d'enfants reçoivent encore l'une ou l'autre dose de vaccin ou terminent leur cycle vaccinal après un an. Le statut vaccinal d'un enfant de deux ans serait donc légèrement meilleur que celui indiqué dans le Tableau 14.

Ces taux de couverture sont considérés comme acceptables par le Ministère de la santé, qui relève cependant que l'atteinte des niveaux de couverture fixés dans le cadre des objectifs intermédiaires (90 % pour la vaccination antirougeoleuse et 80 % pour les autres antigènes)

exigera des efforts supplémentaires, notamment dans l'organisation de la recherche active des cibles, afin de pallier la déperdition encore élevée (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994a).

On peut toutefois s'interroger sur la fiabilité des données de couverture vaccinale obtenues en comparant le nombre de naissances attendues au nombre de doses administrées selon les rapports d'activité des services de santé. Dans le cadre de la "Revue du programme élargi de vaccination" une enquête épidémiologique a été menée fin février 1990 dans chacun des six départements du Bénin afin d'établir, entre autres, le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an et celui des enfants de 12 à 23 mois (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1990). Pour les enfants de moins d'un an, la couverture vaccinale était pour l'ensemble du Bénin de 74 % (78 % pour les enfants de 12 à 23 mois) pour le BCG, de 67 % (73 %) pour le DTCP 1, de 56 % (63 %) pour le DTCP 2, de 42 % (48 %) pour le DTCP 3, de 41 % (52 %) pour le vaccin antirougeoleux, avec 30 % (37 %) d'enfants entièrement vaccinés. Bien que les trois périodes de vaccination ne coïncident pas exactement, ces données sont à rapprocher de la couverture vaccinale pour 1990 fournie par le Tableau 14. On observe alors que les données de routine sont nettement plus optimistes que celles découlant d'une enquête ad hoc auprès d'environ 1'300 enfants de moins d'un an et autant d'enfants de 12 à 23 mois.

La vaccination antitétanique des femmes enceintes a pour but de protéger leurs enfants à la naissance contre le tétanos néonatal. Il est admis que cinq doses assurent une protection définitive à tous les enfants à venir, mais que deux doses, dont l'une pendant les trois dernières années et l'autre pendant la grossesse, protègent déjà un enfant particulier. La population cible pour cette vaccination est donc constituée des femmes de 15 à 44 ans et plus particulièrement celles d'entre elles qui sont enceintes. Dans les faits, toutes les femmes de 15 à 44 ans qui viennent faire vacciner leurs enfants et celles effectuant les consultations prénatales sont vaccinées. Hormis les femmes de 15 à 44 ans, de nombreuses autres personnes reçoivent aussi des doses de VAT. Comme au total 319'000 doses ont été administrées en 1993 à des femmes de 15 à 44 ans enceintes et 393'500 doses à des femmes de 15 à 44 ans non enceintes, le taux de couverture réelle des femmes enceintes est nettement supérieur à celui indiqué dans le Tableau 14, puisque bon nombre d'entre elles ont aussi reçu des doses alors qu'elles n'étaient pas enceintes, doses qui ne sont pas comptabilisées dans le Tableau 14. En fait, il est fort probable que le premier ou les deux premiers enfants d'une femme soient souvent moins bien protégés contre le tétanos néonatal que ses petits frères et soeurs, qui bénéficient aussi des doses reçues par leur mère lors des consultations prénatales et des séances de vaccination pour leur(s) aîné(s).

Pour l'ensemble du Bénin, le taux de couverture vaccinale des femmes de 15 à 44 ans enceintes contre le tétanos est en 1993 de 53 % pour le VAT 1, de 42 % pour le VAT 2, puis il diminue fortement pour les doses ultérieures (mais des doses sont souvent reçues alors que les femmes ne sont pas enceintes). Pour le Zou, les taux de couverture sont supérieurs de huit à neuf points à ceux du Bénin pour les deux premières doses et identiques pour les trois dernières.

Les consultations des enfants sains (12 à 35 mois)

Le taux national de couverture pour les consultations des enfants sains de 12 à 35 mois reste insignifiant en 1993: 4 %. Les variations départementales sont importantes en termes relatifs, mais sans grande signification pour un type de prestations qui suscite partout un intérêt confidentiel (de 2 % dans le Mono à 5 % dans l'Atlantique, en passant par 4 % pour le Zou). Le nombre moyen de consultations est de 3,2 par enfant utilisant cette prestation. Les annuaires statistiques du Ministère de la santé proposent une hypothèse pour expliquer ce si faible engouement: la concurrence des centres sociaux, qui, en plus des prestations de base similaires, offrent des aliments (lait en poudre, farine, huile...).

DEUXIÈME PARTIE

LES SERVICES DE SANTÉ DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSÈ ET LEURS ACTIVITÉS

1. INVENTAIRE ET DESCRIPTION DES SERVICES DE SANTÉ

Dans la première partie de cette thèse, nous avons décrit le système sanitaire béninois et ses nombreuses composantes. La plupart d'entre elles sont représentées dans la sous-préfecture de Ouessè ou sur ses marges immédiates. Nous allons en faire l'inventaire et en décrire les principales caractéristiques. Nous insisterons surtout sur les services de santé formels, puisque, comme nous le verrons dans les troisième et quatrième parties, ils assurent l'essentiel des soins de santé pratiqués par des spécialistes de la santé dans la sous-préfecture de Ouessè.

a) Les services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè

Des trois secteurs de santé formels existant au Bénin, deux sont présents dans la sous-préfecture de Ouessè: le secteur public, avec sept établissements, et le secteur confessionnel, avec un hôpital. Tous les services du secteur privés sont restés informels, bien que quelques-uns d'entre eux aient cherché à se faire reconnaître et possèdent certains des attributs du secteur formel.

Les services de santé publics

La sous-préfecture de Ouessè est dotée d'un centre de santé de sous-préfecture (CSSP) et de six complexes communaux de santé (CCS). Les services de santé les plus anciens de la sous-préfecture sont l'hôpital de Ouessè (date de construction inconnue), les dispensaires de Tosso (date inconnue), Kokoro (date inconnue), Kilibo (1950) et Toui (date inconnue), ainsi que les maternités de Toui (date inconnue), Kilibo (1979), Challa Ogoï (1982) et Gbanlin (1982). Au milieu des années 1980, le CSSP a été fortement agrandi et les autres infrastructures rénovées par le PMSBS. Le CCS de Djegbé a été construit au milieu des années 1980, le CCS de Kémon au tout début des années 1990.

Le centre de santé de sous-préfecture de Ouessè

Le CSSP est localisé dans le village d'Adougou, à l'entrée est de l'agglomération de Ouessè. Entouré d'une vaste enceinte blanche, il constitue de loin le plus grand complexe bâti de la sous-préfecture et même au-delà. Bien plus grand que tous les autres CSSP que nous ayons pu voir, cet hôpital marque le paysage urbain de Ouessè de sa masse imposante, au même titre que, à une autre échelle, les grands hôpitaux européens (LABASSE, 1980). De nombreux bâtiments le composent:

- l'hôpital proprement dit. Il comporte une salle de garde, une petite salle pour les patients à isoler et cinq salles d'hospitalisation (40 lits au total). Comme le taux d'occupation des lits est faible, deux d'entre elles sont fermées. Il n'y a aucun tri des patients hospitalisés selon leur âge, leur sexe ou le motif d'hospitalisation;
- la maternité. Elle comprend une salle d'examen qui sert aussi aux accouchements, une salle de garde et trois salles d'hospitalisation (20 lits au total). Les parturientes et les femmes hospitalisées pour des affections durant la grossesse ou liées à la grossesse sont mélangées;
- le bloc opératoire. Ce bâtiment est resté vide jusqu'au printemps 1994, le potentiel d'opérations chirurgicales paraissant faible et les médecins en place n'ayant pas de compétences chirurgicales. Il a ensuite été équipé du matériel nécessaire à la chirurgie de base;

- un bâtiment abritant le bureau du médecin-chef, le laboratoire, la salle de radiologie (non fonctionnelle), le bureau du “major”, infirmier de niveau A s’occupant aussi de la statistique des activités sanitaires, divers locaux peu utilisés;
- des latrines avec fosses septiques, une cuisine avec plusieurs foyers et une buanderie. Ces locaux sont mis à la disposition des patients hospitalisés et des proches qui les accompagnent comme gardes-malades. Ces infrastructures sont peu utilisées;
- de longues et massives allées couvertes en béton et pierres relient entre eux tous les corps de bâtiment énumérés ci-dessus;
- un bâtiment abritant la consultation ambulatoire, le bureau-cabinet du médecin-chef adjoint et le bureau du commis où les patients s’inscrivent et paient la consultation et les médicaments;
- un bâtiment avec une salle pour les consultations pré- et post-natales, une salle pour la vaccination, une salle de conférence et la pharmacie;
- une maisonnette pour isoler les tuberculeux en traitement (pour ainsi dire jamais utilisée);
- quatre maisons pour le personnel: une pour le médecin-chef, une pour le médecin-chef adjoint, une pour la principale sage-femme, une pour le pharmacien et un chauffeur;
- un garage pour les véhicules;
- un dépôt pour stocker les pièces de rechange des pompes à bras (le PMSBS a équipé de pompes une partie des villages de la sous-préfecture et il organise leur maintenance, avec l’aide d’un artisan local);
- un groupe électrogène. Il fonctionne de la tombée de la nuit à 22 ou 23 heures, permettant d’éclairer l’ensemble des bâtiments de l’hôpital et de faire fonctionner la pompe du château d’eau. La difficulté à trouver certaines pièces de rechange provoque parfois des pannes très longues (plusieurs mois);
- un puits, un forage, un château d’eau et une pompe;
- une fosse pour brûler les déchets de l’hôpital (peu utilisée);
- en sus d’une cour et d’une place pavée, l’enceinte referme encore des champs et quelques grands arbres.

Le mobilier des salles d’hospitalisation est sommaire: des lits métalliques, des matelas de mousse recouverts de moleskine (largement déchirés et défoncés), de petites tables de chevet en fer. Les malades doivent amener des pagnes en guise de literie. Les effets personnels sont rangés sous le lit et dans la table de chevet. Le personnel de l’hôpital ne s’occupant que des soins, chaque malade est presque en permanence accompagné d’un membre de sa famille, généralement la mère pour les enfants, qui se charge de la nourriture, de la lessive, de la toilette, de la surveillance... Ces gardes-malades dorment généralement avec les malades, dans le lit des enfants malades ou dans un lit voisin si le malade est un adulte. Au CSSP de Ouessè, il y a toujours assez de place pour loger les malades et les gardes-malades sur des lits. Ce n’est pas le cas à l’hôpital Saint-Martin où tous les lits sont en permanence occupés par des malades. Les gardes-malades dorment alors sous les lits.

Le mobilier des salles de consultation est lui aussi très sommaire: une table, deux chaises, un lit haut pour l’examen des patients et quelques placards. Quelques bancs sur la véranda servent de salle d’attente. Dans la salle d’accouchement, de plain-pied comme tous les locaux de l’hôpital, un paravent préserve l’intimité de la parturiente, qui accouche sur une table spéciale.

L’équipement reste limité au strict minimum: un réfrigérateur pour les vaccins et un autre pour la pharmacie, des stérilisateurs, des seringues réutilisables, des stéthoscopes, des

tensiomètres, des ciseaux et des pincettes, un pèse-bébé, des thermomètres, des consommables,

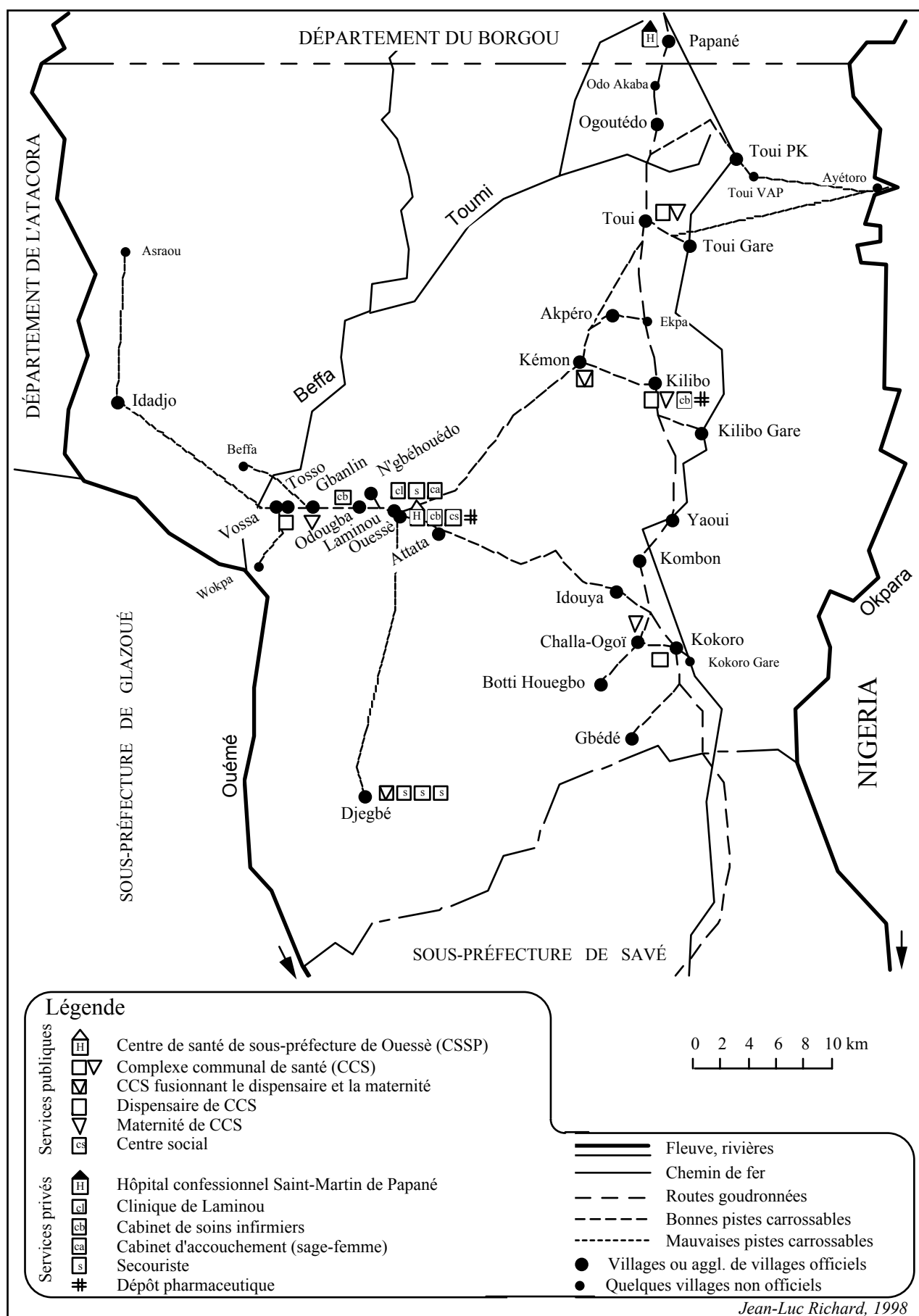


Figure 26

Services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessé (à l'exclusion des UVS, peu fonctionnelles) en 1992-93.

du fil et des aiguilles, des bistouris et des sets chirurgicaux de base pour le bloc opératoire. La salle de radiologie n'a jamais été équipée. Faiblement équipé (un microscope, des lames et des réactifs), le laboratoire, sous-utilisé, effectue les analyses de base. Les analyses pratiquées servent plus souvent à déterminer si une transfusion sanguine est nécessaire (niveau d'anémie) et à la préparer (établissement du groupe sanguin du patient et des donneurs potentiels, test VIH si disponible...) qu'à confirmer ou affiner un diagnostic (cf. partie V, chap. 3b). La maternité ne possède pas de ventouse. L'hôpital dispose de deux véhicules tout terrain en bon état, dont un pick-up bâché pouvant être utilisé pour les évacuations. Le malade est alors étendu à l'arrière, sur un matelas.

Les principaux bâtiments de l'hôpital disposent de l'eau courante, lorsque le groupe électrogène n'est pas en panne. Un robinet est à disposition des malades. Le puits n'est utilisé que par quelques villageois et en cas de panne du groupe électrogène.

Le CSSP de Ouessè tel qu'il se présente aujourd'hui date de 1985. Auparavant, une seule vieille bâtisse, logeant actuellement du personnel subalterne de l'hôpital, en tenait lieu. Le financement a été assuré par la Coopération suisse (DDC, anciennement DDA), la direction et la supervision des travaux par le PMSBS. Il s'agit du premier CSSP construit par le PMSBS au Bénin. Depuis, il a construit ou réhabilité plusieurs autres CSSP, mais en les redimensionnant fortement à la baisse.

Récent, le CSSP de Ouessè est en bon état. La propreté qui y règne laisse pourtant à désirer, surtout dans les salles d'hospitalisation et plus encore dans les latrines. Les deux véhicules du CSSP sont bien mieux et plus souvent nettoyés que l'hôpital lui-même, alors qu'il y a un ou deux agents d'entretien, sans parler d'autres employés, comme les chauffeurs, souvent désœuvrés. En fait, les agents d'entretien s'occupent surtout de l'extérieur des bâtiments, notamment de la végétation (le surnom de leur fonction est d'ailleurs "conducteur de verdure"). Ils distribuent aussi les balais aux femmes venant pour la consultation prénatale, afin qu'elles nettoient la vaste cour. Bien qu'il existe une fosse pour brûler les déchets de l'hôpital, nous avons retrouvé des seringues usagées, du matériel de perfusion, des flacons... dans un des champs derrière la maternité. La présence de colonies de chauves-souris entre le toit et le faux-plafond de certains bâtiments nuit également à l'hygiène du CSSP, mais aussi de certains dispensaires, dont les murs intérieurs et parfois le sol sont régulièrement maculés de déjections¹.

Au cours de nos différents séjours, le volume du personnel a quelque peu fluctué. En moyenne il comprend:

- un médecin-chef, généraliste ayant encore suivi durant un an l'école de santé publique de l'OMS, à Cotonou. Il ne pratique pas la consultation ambulatoire. Très rarement, les infirmiers l'appellent toutefois pour un cas particulier. Son activité médicale se focalise sur la visite, matin et soir, des patients hospitalisés. La visite des patientes de la maternité est beaucoup plus rapide. Juste avant l'équipement du bloc opératoire, il est allé durant deux mois en stage de chirurgie à l'hôpital confessionnel Saint-Jean de Dieu à Boko, près de Parakou. Les tâches administratives et de supervision (visite mensuelle des CCS) occupent une part importante de son temps;
- un médecin-chef adjoint, payé par le PMSBS, puis conjointement par le PMSBS et le financement communautaire (il n'y a ordinairement qu'un seul médecin par CSSP). Jeune médecin généraliste, il seconde le médecin-chef et le remplace durant ses absences. Le médecin-chef adjoint en poste lors de notre dernier séjour est aussi allé faire un stage de chirurgie à l'hôpital Saint-Jean de Dieu. Son activité est plus curative

¹ Ce problème a été résolu pour les services de santé construits ultérieurement par le PMSBS dans d'autres sous-préfectures en rehaussant le toit sur des piliers, afin de ménager un espace ajouré et grillagé entre le toit et le faux-plafond. La lumière prévient toute installation de chauves-souris.

que celle du médecin-chef: visite des patients hospitalisés, examen des cas référés par la consultation du dispensaire, examen des rares patients souhaitant être examinés directement par un médecin, occasionnellement consultation générale pour décharger les infirmiers;

- trois ou quatre infirmiers de santé (6 ans d'école primaire, puis 3 ans d'école d'infirmier), infirmiers d'Etat (idem que les précédents plus participation à des séminaires et plus grande expérience) ou infirmiers diplômés d'Etat (6 ans d'école primaire, puis 4 ans de collège et 3 ans d'une école d'infirmier plus poussée que celles des infirmiers de santé). Les CSSP disposent surtout d'infirmiers diplômés d'Etat et dans une moindre mesure d'infirmiers d'Etat, alors que les CCS sont dotés d'infirmiers de santé et d'infirmiers d'Etat. Le niveau moyen de formation des infirmiers est donc plus élevé au deuxième échelon de la pyramide sanitaire qu'à l'échelon de base;
- trois ou quatre sages-femmes diplômées d'Etat ou infirmières pour la maternité;
- trois aides-soignants (formation courte, stages) pour le dispensaire et une pour la maternité;
- un technicien de laboratoire;
- un "pharmacien" (conditionne les médicaments et les vend);
- un agent d'hygiène;
- une secrétaire;
- deux chauffeurs;
- deux agents d'entretien;
- un commis (dès 1994) pour la réception et la caisse;
- deux gardiens.

En juillet 1992, 24 personnes travaillaient au CSSP de Ouessè, dont 13 comme agents permanents de l'Etat, et 11 comme employés directement payés par le financement communautaire (essentiellement les postes subalternes). Depuis lors, la tendance était à une légère baisse des effectifs; de sorte que certaines périodes ont été difficiles pour les infirmiers et les sages-femmes, en raison du manque, généralement conjoncturel (vacances, congé de maternité, congé de maladie, séminaires...) de personnel. Il n'est parfois resté que deux infirmiers pour assurer les consultations au dispensaire et la garde de nuit à l'hôpital, 7 jours sur 7 pendant quelques semaines. La même surcharge de travail s'est aussi produite à la maternité, où le travail de nuit est souvent plus important à cause des accouchements. Est-ce une réalité ou est-ce dû au "dérangement" occasionné par les accouchements nocturnes, toujours est-il que les sages-femmes affirment que les femmes accouchent plus souvent la nuit. Pour les soins curatifs, les pics hebdomadaires de travail sont le lundi (après le week-end, où le service est minimal), le jeudi (jour du marché) et le vendredi (lendemain du marché, jour où les gens sortent plus rarement aux champs, tout particulièrement pour les musulmans, et où ils ont souvent un peu d'argent; de plus, c'est la veille du week-end, période pendant laquelle bon nombre de malades évitent de consulter). Le mercredi est un jour creux à l'époque des récoltes, car bon nombre d'agriculteurs sont aux champs pour y chercher quelques produits à vendre au marché, le lendemain.

Bon nombre des agents de santé non recrutés localement sur le financement communautaire sont originaires du Sud. Certains ne parlaient pas ou mal le *mahi* ou le *fon* à leur arrivée à Ouessè. Une partie d'entre eux, surtout les femmes, sont séparés de leurs conjoints, voire de leurs enfants, qui sont restés dans la région d'origine. Les agents de santé, comme tous les agents de l'Etat, cherchent à être affectés dans leur région d'origine (ou à une certaine distance, pour ne pas être trop sollicités par des parents!) ou dans les grandes villes du Sud; ce

qui revient en gros au même, les habitants du Sud bénéficiant en moyenne d'un meilleur niveau d'éducation que les autres et fournissant ainsi une large proportion des fonctionnaires du pays. Au début des années 1990, un "redéploiement" avait redistribué plus équitablement les agents de l'Etat à travers tout le Bénin. Mais le glissement progressif vers le Sud des fonctionnaires a aussitôt recommencé. Avant la fin des années 1980, les fonctionnaires nouvellement engagés étaient habituellement d'abord envoyés dans les zones rurales et reculées du Nord. Au fil des années et des mutations, ils se retrouvaient dans des localités de plus en plus enviables. De nouvelles générations de fonctionnaires les remplaçaient dans ces régions fort lointaines, très sèches et chaudes une partie de l'année, exposées à l'harmattan, sans confort ni distractions. L'arrêt du recrutement des fonctionnaires vers la fin des années 1980 grippa ce mécanisme, au grand dam des jeunes fonctionnaires, freinés dans leurs choix d'un poste mieux situé, et des régions périphériques qui voyaient malgré tout se dégarnir progressivement la fonction publique, les mutations n'ayant pas totalement cessé et certains agents d'Etat refusant de rejoindre leur poste.

Les salaires de la fonction publique béninoise sont bas si on les compare au coût de la vie ou à ceux de leurs collègues d'autres Etat d'Afrique occidentale. Avant la dévaluation du FCFA en janvier 1994, le SMIC était d'environ 14'000 FCFA, soit 70 FS. Les agents de santé auxiliaires engagés sur le financement communautaire (infirmière de santé, aides-soignants, gardiens, chauffeurs, agents d'entretien, pharmacien, secrétaire...) gagnaient au mieux le SMIC. Un infirmier ou une sage-femme diplômé d'Etat gagnait avant la dévaluation environ 40'000 FCFA, soit 200 FS, et un médecin-chef de sous-préfecture le double. Après la dévaluation, les salaires ont été réajustés, mais dans une bien moindre mesure que l'inflation, très forte en 1994. Après la dévaluation, les difficultés économiques d'une partie des agents de santé sont telles que certains ne recherchent plus à être affectés à Cotonou ou à Porto-Novo, villes les plus chères du pays.

Cette description des bâtiments, du mobilier, de l'équipement et finalement du personnel est nécessaire à la bonne compréhension de ce qu'est un centre de santé de sous-préfecture (celui de Ouessè étant plutôt privilégié par rapport à la moyenne des CSSP), des moyens et des conditions de travail. Tout y est réduit au strict minimum – à part la taille des bâtiments et de l'enceinte! –, mais à un minimum fonctionnel, si l'on excepte la radioscopie pas vraiment indispensable et, semble-t-il, à nouveau le bloc opératoire depuis 1997.

L'aire de desserte officiel du CSSP de Ouessè, comme celle de tout CSSP, est constituée de l'ensemble de la sous-préfecture. En 1995, le CSSP de Ouessè devait donc théoriquement assurer la fonction d'hôpital de référence pour environ 56'900 personnes. En plus de cette fonction, le CSSP de Ouessè doit encore assurer les soins de base, y compris la santé maternelle et infantile (SMI), les accouchements, les consultations pré- et post-natales, pour les habitants des communes de Ouessè, Laminou et Odougba, soit environ 19'900 personnes en 1995 ou 35 % des habitants de la sous-préfecture. Pour ces communes dépourvues de CCS, le CSSP de Ouessè joue donc à la fois le rôle de premier et de deuxième échelon sanitaire.

Comme nous l'avons vu dans la première partie, la sous-préfecture de Ouessè est constituée de deux moitiés distinctes. La localisation du CSSP, dans l'agglomération de Ouessè, est idéale pour desservir la moitié ouest de la sous préfecture. Cette agglomération constitue en effet de loin la plus grande localité de l'Ouest et même de toute la sous-préfecture. Selon le recensement national de la population de 1992, 47 % des habitants de l'Ouest résident à moins de 2 kilomètres du CSSP de Ouessè, 69 % à moins de 4 kilomètres, 78 % à moins de 8 kilomètres, 87 % à moins de 11 kilomètres, 96 % à moins de 23 kilomètres et 100 % à moins de 27 kilomètres (cf. Figure 27). En moyenne, les habitants de l'ouest de la sous-préfecture résident à 6,4 kilomètres du CSSP. Cette distance tombe à 2,3 kilomètres pour les seules trois communes pour lesquelles le CSSP assure les soins de santé de base. Toutes ces distances moyennes sont

légèrement trop optimistes, car elles sont calculées pour une population entièrement concentrée dans les différents villages officiels. Or une minorité habite des hameaux, généralement plus éloignés du CSSP que leur village de rattachement.

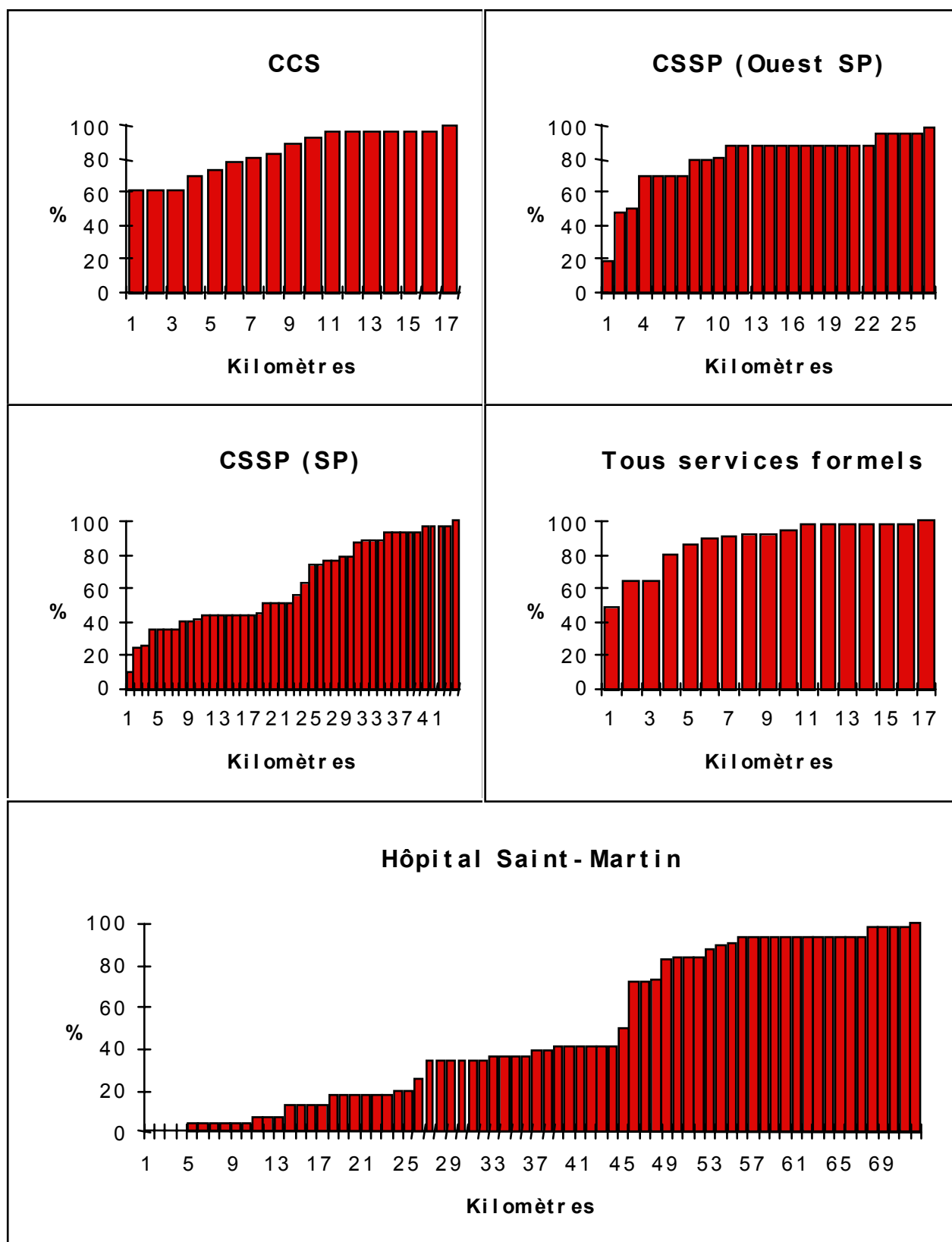


Figure 27

Population cumulée par village des aires d'attraction officielles des trois types de services de santé curatifs formels de la sous-préfecture de Ouessè, en

fonction de la distance aux services desservant ces aires, en 1994 (sources: recensement national de la population, 1992, cartes au 1/25'000 et 1/10'000 et compteur kilométrique).

N.B. Pour les CCS, seule la population des six communes desservies par un CCS est prise en compte.

CSSP (SP): population cumulée de l'ensemble de la sous-préfecture, c'est-à-dire de l'aire d'attraction officielle du CSSP.

CSSP (Ouest SP): population cumulée de l'ouest de la sous-préfecture, soit approximativement de l'aire d'attraction effective du CSSP.

Pour l'hôpital Saint-Martin de Papané nous avons retenu la population cumulée par village officiel de l'ensemble de la sous-préfecture. Cet établissement n'a pas d'aire d'attraction officielle.

Non seulement la population de l'Ouest est assez concentrée autour du CSSP, mais encore l'agglomération de Ouessè qui l'abrite constitue le seul noeud routier (des pistes uniquement) de l'ouest de la sous-préfecture. S'y croisent l'axe nord-ouest/sud-est (Idadjo, Gbanlin, Odougba, Ouessè et Kokoro peu avant lequel cette piste rejoint la grand axe routier nord/sud du Bénin) et l'axe sud-ouest/nord-est (Djegbé, Ouessè, Kémon et Kilibo ou Toui, où cette piste rejoint le même grand axe routier que la précédente). Ainsi, les seules pistes permettant de quitter l'ouest de la sous-préfecture passent par Ouessè. Des taxis, rares mais quotidiens, desservent ces deux axes. Ainsi, il est nécessaire de passer à proximité du CSSP pour se rendre dans n'importe quel service de santé extérieur à l'ouest de la sous-préfecture. Le village de Ouessè abrite encore le plus grand marché hebdomadaire de la sous-préfecture, le seul de quelque importance pour l'Ouest. Le CSSP est donc localisé à un endroit stratégique pour l'ouest de la sous-préfecture et la moitié de la population qui n'habite pas à proximité immédiate se rend régulièrement dans cette agglomération.

La population habitant la totalité de l'aire d'attraction officielle du CSSP – toute la sous-préfecture de Ouessè – est par contre beaucoup moins concentrée autour de cet hôpital (cf. Figure 27). Moins d'un dixième de la population de la sous-préfecture habite à moins d'un kilomètre du CSSP, un quart à moins de 3 kilomètres, deux cinquièmes à moins de 8 kilomètres, la moitié à moins de 19 kilomètres, les trois quarts à moins de 27 kilomètres. Près de 8 % de la population habite à plus de 35 kilomètres du CSSP (44 kilomètres au maximum pour les villages officiels et jusqu'à une cinquantaine de kilomètres pour certains hameaux).

Avantageuse pour attirer les patients de l'ouest de la sous-préfecture, la localisation du CSSP est par contre défavorable pour attirer la moitié des habitants de la sous-préfecture résidant à l'Est, et cela pour trois raisons:

- la distance moyenne entre un habitant de l'Est et le CSSP de Ouessè est de 28,7 kilomètres, contre seulement 6,4 kilomètres pour ceux de l'Ouest, pour une distance moyenne de 17,5 kilomètres pour l'ensemble des habitants de la sous-préfecture;
- les réseaux routier et de taxis ne favorisent pas les déplacements est-ouest au sein de la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie I, chap. 1b);
- le CSSP de Ouessè ne "s'interpose" pas entre les habitants de l'Est et l'hôpital Saint-Martin, plus prisé que lui. Au contraire, cet établissement confessionnel est pour les habitants de l'Est nettement plus accessible que le CSSP. Ce dernier ne peut donc pas, comme c'est le cas pour l'Ouest, contrebalancer une réputation inférieure par une accessibilité supérieure.

Les complexes communaux de santé

Selon la pyramide nationale du système de soins étatique, chaque commune du pays devrait disposer d'un complexe communal de santé (CCS), à moins qu'elle ne soit déjà desservie par un service de santé public d'un niveau supérieur. La seule logique officielle prévalant à la localisation des CCS est de type administratif: ces infrastructures doivent être implantées dans les chefs-lieux de communes. Ce qui n'est pas sans poser problème lorsque certaines composantes des CCS préexistent à la création de nouvelles communes, comme cela s'est produit avec la réforme administrative des années 1980. La promotion au rang de chef-lieu de commune laissait alors augurer l'implantation d'un CCS; mais à l'inverse, disposer d'un dispensaire ou d'une maternité constituait un argument pour recevoir la seconde composante en projet, voire le statut de chef-lieu de commune.

Hormis les trois communes les plus proches du CSSP de Ouessè, chaque commune de la sous-préfecture de Ouessè dispose depuis le début des années 1990 d'un complexe communal de santé: Gbanlin, Djegbé, Challa Ogoï, Kilibo, Kémon et Toui (cf. Figure 26). Un CCS se compose classiquement d'un dispensaire et d'une maternité placés côte à côte. Toutefois, dans la sous-préfecture de Ouessè, seuls deux CCS répondent à ce schéma: Kilibo et Toui. Ailleurs prévalent deux autres cas de figure.

Le dispensaire et la maternité peuvent être dissociés et implantés dans des villages différents. C'est le cas dans les communes de Gbanlin et de Challa Ogoï. Les maternités s'y trouvent dans les chefs-lieux de commune (Gbanlin et Challa Ogoï), alors que les dispensaires sont respectivement à Tosso, plus petit village officiel de la commune de Gbanlin, à 2 kilomètres de Gbanlin, et à Kokoro, deuxième village par la taille de la commune de Challa Ogoï, à 3 kilomètres de Challa Ogoï. Des raisons historiques expliquent cette dissociation, qui ne va pas sans créer des tensions entre les villages directement concernés (cf. partie IV, chap. 2b).

L'éloignement des deux composantes des CCS complique un peu l'organisation du travail des agents qui les desservent: un seul réfrigérateur par CCS pour les vaccins et les sérums antivenimeux (en panne prolongée au dispensaire de Tosso!), un seul commis par CCS, avec un bureau à la maternité, devant en principe s'occuper de l'enregistrement, de la vente des médicaments et de la comptabilité de l'ensemble du CCS; éloigné du dispensaire, il ne peut réellement qu'y superviser la comptabilité. La dissociation du dispensaire et de la maternité est par contre avantageuse pour une partie de la population, depuis 1994. Partant du constat qu'une distance de 2 ou 3 kilomètres constitue déjà un frein important à la fréquentation du dispensaire et que les sages-femmes desservant les maternités (en fait souvent des infirmières) connaissent aussi les soins curatifs, le médecin-chef a décidé d'ouvrir ces deux maternités aux soins curatifs. Les principaux bénéficiaires en sont évidemment les habitants de Challa Ogoï et de Gbanlin, mais tous les malades peuvent s'y rendre. Ainsi, les habitants de Botti Houegbo, dans la commune de Challa Ogoï, peuvent accéder à des soins curatifs en 4 kilomètres au lieu de 7 et ceux des autres villages ont désormais le choix entre deux thérapeutes, à une distance égale ou peu différente. Cela n'est pas négligeable lorsque l'on sait l'importance des relations interpersonnelles sur la fréquentation d'un service de santé. De plus, les patients ont maintenant le choix entre un infirmier et une infirmière, ce qui peut faire tomber certaines barrières (apparemment peu importantes, comme nous le verrons dans la troisième partie).

Dispensaire et maternité peuvent aussi être réunis dans un seul bâtiment, desservis par une seule infirmière. C'est le cas à Djegbé et à Kémon. Il s'agit des deux CCS les plus récents de la sous-préfecture. Celui de Djegbé a été ouvert en mars 1991 et celui de Kémon en septembre 1992. Ces deux communes sont les moins peuplées (environ 2'700 habitants pour Djegbé, en 1995, et 4'600 pour Kémon) et les plus récentes de la sous-préfecture (création vers la fin des années 1980). A ce moment, la réhabilitation des CCS par le PMSBS était achevée et l'Etat avait

d'autres priorités que ces petites communes dont l'une est à seulement 5 kilomètres du CCS voisin de Kilibo¹. Les habitants de ces deux communes décidèrent de prendre les choses en mains, puisque l'Etat tardait à intervenir, malgré la règle de planification officielle qui veut que chaque commune ait son CCS (à moins de disposer ou d'être très près d'un autre service officiel, comme un CSSP).

Les habitants de la commune de Djegbé, constituée d'une seule petite agglomération de trois villages officiels, si l'on excepte quelques hameaux, ont amorcé eux-mêmes la construction d'un service de santé, pour forcer la main aux autorités et au PMSBS. Ce dernier l'a finalement construit. Bien que ce nouveau service de santé ait le statut officiel de CCS, l'Etat n'y a pas envoyé d'agent permanent de l'Etat. Une infirmière de santé initialement payée sur le financement communautaire occupe le poste. Les habitants de Djegbé sont très fiers d'avoir "construit" leur centre de santé et estiment à ce titre avoir des droits sur lui. Un comité local de gestion avait été mis sur pied, avant même la création des comités de gestion communaux (COGEC) dans la sous-préfecture.

Ce CCS est en crise presque depuis son inauguration. Il existe des tensions entre l'infirmière et l'ancien COGEC, et entre elle et une partie de la population. Très mal payée², l'infirmière est accusée par certains de détourner de l'argent ou des médicaments. Ce qu'elle dément, tout en accusant l'ancien COGEC de vouloir transformer le CCS en un service quasi privé, dont ils tireraient bénéfice. Quoi qu'il en soit, ce CCS est si peu fréquenté, tout particulièrement pour les consultations curatives, qu'il ne parvient pas à s'autofinancer et qu'il connaît une sorte de mise sous tutelle: il n'a pas pu obtenir l'autonomie financière et décisionnelle prévue pour les CCS. Il reste donc rattaché au CSSP de Ouessè, cas unique dans la sous-préfecture, et le COGEC local a été officiellement dissout, une partie de ses membres siégeant dorénavant au comité de gestion de la sous-préfecture (COGES), à Ouessè.

La Croix-Rouge béninoise était présente à Kémon, notamment à travers deux matrones et deux secouristes qu'elle avait formés. Devant l'inaction de l'Etat, la commune fit jouer ses relais et obtint de la Croix-Rouge française la construction d'un petit centre de santé et sa première dotation en médicaments. Bien qu'il porte en évidence l'insigne de la Croix-Rouge, ce dernier constitue un CCS officiel. Les matrones et secouristes de la Croix-Rouge assistent actuellement l'infirmière. Ils se relaient à temps partiel et sont payés sur le financement communautaire au prorata du nombre d'accouchements. C'est pourquoi les accouchements y sont facturés 1'200 FCFA, dont 700 FCFA pour les matrones et secouristes, contre 500 FCFA dans les autres CCS. Cette équipe de matrones et secouristes, inhabituellement nombreuse surtout pour un si petit CCS, permet au CCS de disposer d'une garde permanente, même la nuit.

Ces quelques exemples montrent que, au-delà d'une apparente rigidité de la planification sanitaire béninoise, subsiste de fait une certaine souplesse. Avec les difficultés qu'éprouve l'Etat à assurer ses objectifs en matière de planification sanitaire, cette tendance à la souplesse va sans doute croître, notamment par le soutien à des initiatives communautaires et une coopération accrue avec les services formels des secteurs privé et confessionnel.

Décrivons brièvement les CCS et leur équipement. Une maisonnette de trois pièces abrite le dispensaire. Comme le CSSP et les maternités, elle est construite en briques, surmontées d'un faux plafond et d'un toit de tôle³. La pièce centrale sert d'entrée et de salle d'attente. Une des

¹ Dont la probabilité d'utilisation était toutefois faible, puisque les habitants de Kémon avaient précisément lutté pour se détacher de la commune de Kilibo.

² Au SMIC, soit 15'000 FCFA avant la dévaluation, ce qui correspond à peine à la moitié de ce que gagnent ses collègues dépendant directement de l'Etat.

³ L'espace obscur entre le faux-plafond et le toit est souvent mis à profit par des colonies de chauves-souris, dont les déjections peuvent constituer un véritable problème, puisqu'une partie filtre dans les pièces. La pose de grillage sur le bord des toits est souvent inefficace. Pour les salles d'hospitalisation de l'hôpital Saint-Martin, une solution radicale a été

pièces latérales sert de salle de consultation, l'autre abrite le réfrigérateur (là où il y en a un) et le stérilisateur; elle sert également de dépôt. L'équipement est encore plus sommaire qu'au CSSP. Un banc dans la salle d'attente, une table, deux chaises, un lit de consultation (pas toujours!) et une armoire dans la salle de consultation, au mieux une table dans la troisième pièce. Aucun dispensaire ne bénéficie de l'électricité ou de l'eau courante. Tous sont cependant dotés (ou la maternité voisine) d'une citerne qui récolte l'eau de pluie s'écoulant du toit et d'une pompe à bras, pas toujours fonctionnelle. Les instruments disponibles sont les mêmes qu'au CSSP. Il n'y a ni laboratoire ni lits d'hospitalisation. L'assortiment de médicaments essentiels est plus limité qu'au CSSP. Chaque infirmier fait son choix parmi les médicaments disponibles à la pharmacie du CSSP et lui passe commande. Le nombre et la nature des médicaments varie donc d'un dispensaire à l'autre. En principe, une trentaine de médicaments de base sont prévus pour les CCS. En 1992, le dispensaire de Tosso détenait par exemple 42 médicaments, celui de Kilibo une trentaine et la maternité de Gbanlin 45. Moyen capital pour l'efficacité thérapeutique et la réputation d'un service de santé rural, les médicaments essentiels de base étaient durant toute la période couverte par cette recherche (quasiment) toujours tous disponibles dans les services de santé publics de la sous-préfecture.

Chaque dispensaire des CCS de la sous-préfecture de Ouessè est desservi par un infirmier, généralement d'un niveau inférieur (infirmier de santé), plus rarement intermédiaire (infirmier d'Etat). A l'exception de l'infirmier de Tosso, qui par ailleurs tient le dispensaire effectuant le plus de nouvelles consultations et de vaccinations en stratégie avancée, et de loin, tous les infirmiers sont assistés d'un aide-soignant. C'est aussi le cas des deux infirmières qui tiennent les maternités-dispensaires de Djegbé et de Kémon. Lorsqu'un infirmier est absent (vacances, congé de maladie, séminaire...), c'est l'aide-soignant qui assure la consultation et délivre les médicaments. En cas d'absence de l'infirmier du dispensaire de Tosso, les malades sont priés d'aller à la maternité de Gbanlin. Pour les vacances annuelles de cet infirmier, il arrive aussi qu'un étudiant infirmier soit engagé pour assurer l'intérim.

Les vacances de poste peuvent durer fort longtemps en cas de départ à la retraite ou de mutation du titulaire. En 1992-1993, les dispensaires de Toui et de Kilibo sont restés environ un an et demi sans titulaires, après le départ à la retraite des infirmiers. Les aides-soignants ont alors tant bien que mal joué le rôle d'infirmiers. Par chance, l'infirmier à la retraite de Kilibo était originaire du village et y résidait. Après quelques mois, il a accepté de reprendre du service à temps partiel. Ce ne sont pas les jeunes infirmiers qui manquent sur le marché de l'emploi, bien au contraire. Mais l'Etat n'a quasi pas engagé d'agents pendant un lustre, tout en encourageant fortement les départs de la fonction publique (versement d'une somme relativement élevée, incluant les cotisations de la retraite). Dans le même temps, des infrastructures sanitaires ont été créées, d'autres agrandies. Il existe aussi sans doute une mauvaise répartition du personnel encore disponible, à cause du souhait des agents de ne pas exercer dans les zones "enclavées" ou trop éloignées des grands centres.

Les maternités sont composées d'un grand bâtiment comportant deux parties distinctes:

- la maternité proprement dite, avec une salle d'attente, le bureau du commis qui sert aussi de pharmacie, le cabinet de consultation, la salle d'accouchement et une salle de 8 à 10 lits pour les femmes qui viennent d'accoucher;
- le logement de fonction de l'infirmière (ou sage-femme), cette dernière devant être rapidement disponible en tout temps.

Tout comme les dispensaires, les maternités de CCS n'ont ni électricité ni eau courante. Elles disposent toutefois d'une citerne recueillant l'eau de pluie. En cas d'intervention nocturne,

des lampes-tempête à pétrole sont utilisées, mode d'éclairage le plus commun dans la sous-préfecture. Le mobilier et l'équipement des maternités sont semblables à ceux des dispensaires, une table d'accouchement en plus.

Chaque maternité devrait être desservie par une sage-femme et au moins une matrone, cette dernière étant généralement payée sur le financement communautaire. Comme le nombre de sages-femmes n'est pas suffisant au Bénin (et qu'elles tendent encore plus que les autres agents de santé à se concentrer dans le Sud et dans les villes), la plupart des maternités des CCS de la sous-préfecture sont dotées d'infirmières de santé (niveau le plus bas). Les sages-femmes disponibles dans la sous-préfecture sont de préférence employées au CSSP. Une partie des rares sages-femmes que nous avons vues dans les CCS étaient de jeunes femmes toutes fraîches émoulues de l'école (et de la ville!) et placées pour 11 mois dans le cadre d'un programme de premier emploi. Quand elles commençaient à s'habituer à leur nouvel environnement et à parler la langue locale, elles étaient remplacées par un autre agent de santé. Privilégiant la fonction plutôt que le titre ou la formation, nous utiliserons souvent le terme de sage-femme pour désigner aussi bien une vraie sage-femme qu'une infirmière travaillant dans une maternité.

L'aire d'attraction officielle de chaque CCS est constituée par la commune. La population potentiellement desservie varie donc sensiblement d'un CCS à l'autre. Si l'on exclut les deux plus petites communes, deux fois moins dotées en personnel que les autres, la charge potentielle de travail est donc 1,6 fois plus élevée au CCS de Toui qu'à ceux de Challa Ogoï ou de Gbanlin, avec le même personnel à disposition (ou presque: pas d'aide-soignant ni de matrone à Gbanlin), soit un infirmier, une infirmière ou une sage-femme, un aide-soignant et une, parfois deux, matrones. Comme nous le verrons plus loin, la charge effective de travail par agent de santé n'est pas du tout proportionnelle à la charge potentielle.

La densité et la localisation des CCS sont telles que les personnes très éloignées de l'un d'entre eux sont rares. Si l'on considère que les personnes habitant un village avec un dispensaire de CCS (ou une maternité pratiquant aussi les soins curatifs) résident en moyenne à 1 kilomètre de celui-ci (ce qui est une approximation par excès) et que toute la population est concentrée dans les villages officiels (ce qui minimise la distance réelle, puisque ce n'est pas le cas d'une minorité d'entre elle), les habitants de la sous-préfecture relevant de l'aire d'attraction officielle d'un CCS résident en moyenne à 3,8 kilomètres du plus proche d'entre eux¹. Mieux, 60 % de la population dépendant d'un dispensaire habite dans une localité disposant d'un tel service (cf. Figure 27). Soixante-neuf pour cent en habitent à moins de 4 kilomètres, 72 % à moins de 5 kilomètres, 77 % à moins de 6 kilomètres, 79 % de 7 kilomètres, 88 % de 8 kilomètres et 92 % de 10 kilomètres. Seuls 8 % de la population dépendant d'un CCS habitent donc à plus de 10 kilomètres d'un dispensaire (5 % à 13 kilomètres, ou à 11 kilomètres par un sentier cyclable, et 3 % à 17 kilomètres).

Si l'on observe la situation par commune plutôt que globalement, on relève de grandes disparités (cf. Figure 28). La proportion des personnes disposant dans leur localité d'un dispensaire de CCS ou d'une maternité pratiquant aussi les soins curatifs varie de 32 % pour la commune de Toui à 100 % pour celle de Djegbé, qui ne comporte que trois villages officiels réunis dans une petite agglomération. Ailleurs, cette proportion va de 52 % à 81 %. Encore une fois, considérer que toute la population d'un village officiel, soit le niveau le plus fin pour lequel le recensement de la population de 1992 fournit des indications, y est concentrée pêche par excès d'optimisme. Beaucoup de villages officiels incluent en effet des fermes, des hameaux, voire des villages, habités en permanence, sans parler des fermes temporairement occupées durant la

¹ Ces données correspondent à l'offre de soins formelle disponible à partir de 1994. La disponibilité en services de santé formels et donc l'accessibilité aux soins était moindre auparavant (ouverture du CCS de Djegbé en 1991, du CCS de Kémon en 1992 et disponibilité de soins curatifs dans les maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï seulement dès 1994).

saison des pluies. Un prérecensement effectué en juin 1990 afin d'établir la planification du recensement national de 1992 a inventorié toutes les implantations humaines et dénombré la population de manière exhaustive dans les hameaux et au moyen d'un sondage au 1/10 dans les villages officiels. Il en ressort par exemple qu'environ 19 % des habitants de la commune de Djegbé n'habitent pas dans l'agglomération de Djegbé. Ils sont disséminés dans de nombreux hameaux, distants de 3 à 9 kilomètres du chef-lieu. Ainsi, ce ne sont plus 100 %, mais 81 % des habitants de la commune qui habitent à proximité immédiate du CCS.

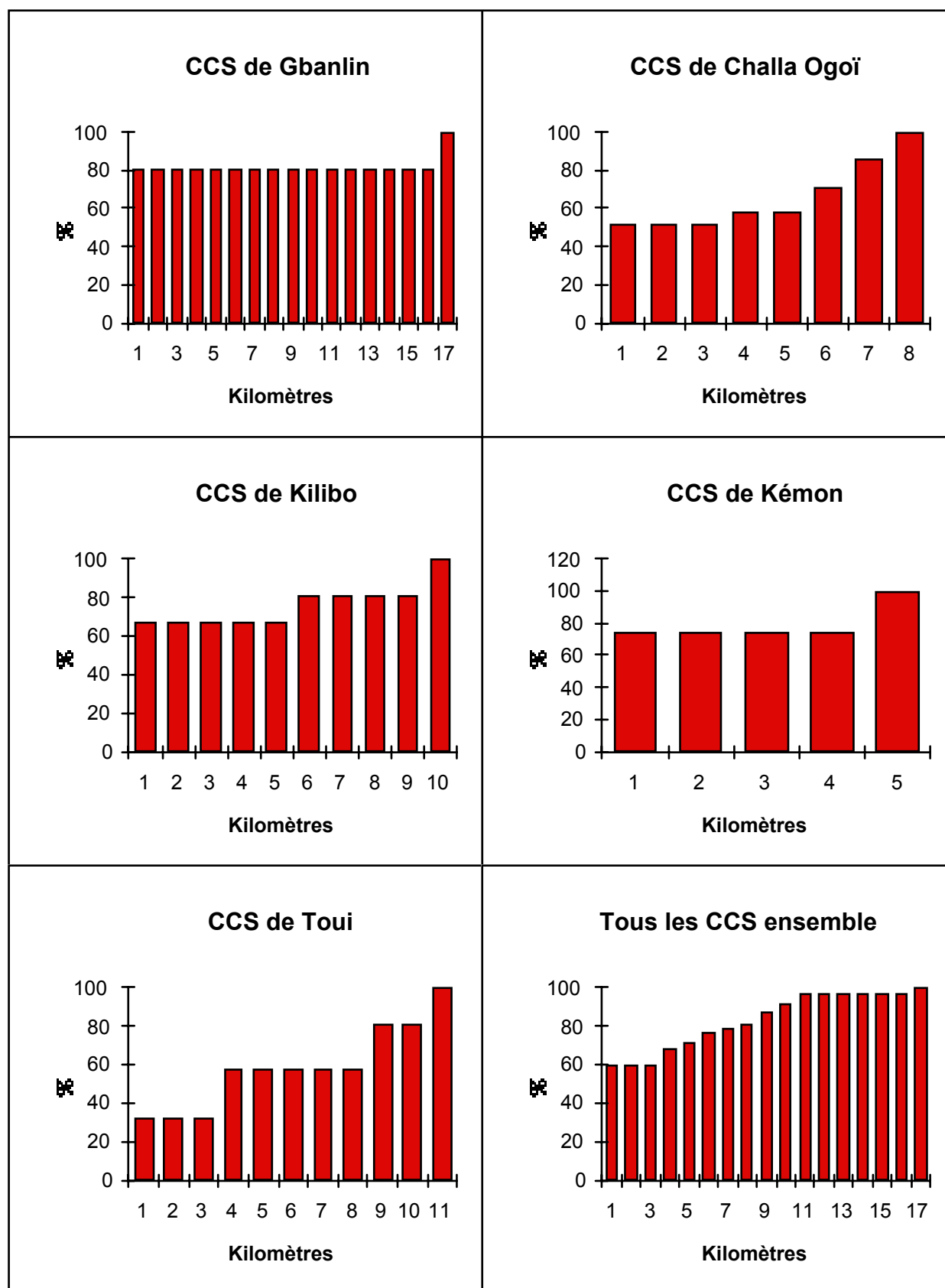


Figure 28

Population cumulée par village, en fonction de la distance, des aires d'attraction officielles des dispensaires des CCS de la sous-préfecture de Ouessè (ou des maternités fournissant des prestations curatives), en 1994 (sources: recensement national de la population, 1992, cartes au 1/25'000 et 1/10'000 et compteur kilométrique).

Dans la commune de Kémon, toute la population (avec la restriction énoncée ci-dessus) se trouve à moins de 5 kilomètres du dispensaire. A l'opposé, près d'un cinquième des habitants de la commune de Gbanlin doivent parcourir 17 kilomètres, sans taxis ni pont sur la rivière Beffa, pour atteindre leur dispensaire; mais tous les autres habitants de cette commune en habitent à moins d'un kilomètre. Il existe donc des disparités d'accessibilité parfois importantes à l'intérieur même des communes. Si le calcul de la distance moyenne par commune entre un habitant et un dispensaire permet les comparaisons, ces chiffres rendent mal compte de la diversité des situations. Pour une distance moyenne globale de 3,8 kilomètres, les habitants de la commune de Djegbé doivent en moyenne parcourir 1 kilomètre pour atteindre un dispensaire de CCS, ceux de Kémon 2 kilomètres, ceux de Kilibo 3,4, ceux de Challa Ogoï 3,7, ceux de Gbanlin 4,1, ceux de Toui 5,5 et, rappelons-le comme point de comparaison, ceux des communes de Ouessè, Laminou et Odougba allant au dispensaire du CSSP 2,3 kilomètres.

Comme chaque commune dispose d'un dispensaire, la distance moyenne par commune pour l'atteindre tend à augmenter avec le nombre de localités que compte les communes: une pour Djegbé, deux pour Kémon, trois pour Kilibo, quatre pour Gbanlin et Toui et six pour Challa Ogoï. Autrement dit, la distance moyenne augmente avec la dispersion de la population au sein de la commune. La distance moyenne pour les communes de Gbanlin et de Challa Ogoï est inférieure à celle relevée pour la commune de Toui, qui a pourtant autant ou moins de localités, parce que ces deux communes disposent de deux dispensaires chacune, puisque les maternités y pratiquent aussi les soins curatifs.

L'accessibilité des maternités de CCS est légèrement moins bonne que celle des dispensaires. Les communes de Gbanlin et de Challa Ogoï comptent en effet une maternité chacune, alors qu'elles disposent chacune de deux services de santé assimilables à des dispensaires, du fait des activités curatives aussi pratiquées dans les maternités de ces deux communes. La distance moyenne que doivent parcourir les femmes de ces deux communes pour atteindre la maternité d'un CCS est d'environ 1 kilomètre supérieure à celle nécessaire pour atteindre un dispensaire. Cette distance est de 4,7 kilomètres pour la commune de Challa Ogoï et de 5,1 kilomètres pour celle de Gbanlin. Pour les autres communes, il n'y a aucune différence, puisque dispensaires et maternités sont côte à côte, si ce n'est dans le même bâtiment.

Selon l'organisation sanitaire nationale, le CSSP de la sous-préfecture constitue l'hôpital de référence des CCS, aussi bien pour les dispensaires que pour les maternités. Dans les faits, il n'en va pas toujours ainsi. Il arrive en effet, et c'est le cas d'au moins la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè comme nous le verrons, que les habitudes de recours aux services de santé de la population ne coïncident pas avec la filière officiellement prévue. Les agents de santé savent qu'il est alors bien difficile de référer un patient dans un service peu accessible ou peu apprécié, alors qu'il a ses habitudes dans un autre établissement. Ils en tiennent souvent compte et réfèrent le malade à l'hôpital de son choix, s'il est jugé adéquat pour ce cas. La sage-femme de Kémon dira: "Je réfère toujours là où les gens veulent, c'est-à-dire toujours à Papané" [*l'hôpital Saint-Martin*].

Concrètement, presque tous les malades et les femmes enceintes de l'Est sont référés à cet hôpital. Il arrive aussi souvent que les CSSP de référence ne soient pas du tout adéquats pour certains problèmes de santé, en raison notamment de l'absence fréquente de chirurgie, comme à Ouessè jusqu'en 1994. Les agents de santé réfèrent alors directement les malades vers un autre établissement non prévu dans le schéma de référence ou vers le deuxième niveau de référence, en l'occurrence le centre de santé départemental d'Abomey. Mais ici encore, les agents de santé accèdent souvent au souhait des patients d'aller plutôt au centre de santé départemental de Parakou, beaucoup plus près bien que dans un autre département. En pratique, les patients sont donc loin d'être toujours référés là où le voudrait l'organisation officielle du service de référence et lorsqu'ils le sont, la compliance du malade n'est pas garantie.

Les unités villageoises de santé (UVS)

Les unités villageoises de santé constituent un type de services de santé difficilement classable. S'agit-il d'un service de santé formel ou informel? Elles n'en partagent complètement les caractéristiques ni des uns ni des autres. Pour être vraiment considérées comme un service formel, il manque aux UVS un personnel ayant reçu une solide formation, des statistiques d'activité régulièrement fournies sur des formulaires ad hoc (certaines communiquent occasionnellement le nombre de visites curatives et d'accouchements sur une feuille de cahier), et une franche intégration dans le système sanitaire public, matérialisée par un salaire ou un dédommagement régulier, une supervision périodique, la fourniture de médicaments essentiels, des stages occasionnels de remise à jour pour les secouristes et matrones. Mais d'un autre côté, les UVS résultent clairement d'une décision politique et elles ont été mises sur pied avec l'assistance des agents de santé locaux (CCS et CSSP). Les agents de santé de la commune doivent en principe superviser étroitement les UVS et apprendre aux secouristes et matrones à leur référer tous les cas qui les dépassent, par exemple les accouchements à risque. La première dotation en médicaments a été offerte par les services de santé publics ou les projets qui les soutiennent, et les UVS encore fonctionnelles continuent généralement à s'approvisionner, contre paiement, auprès des CCS ou des CSSP. De plus, les documents officiels décrivant la pyramide sanitaire du Bénin font toujours figurer les UVS comme le premier échelon de soins au niveau local.

Le statut actuel mal défini des UVS semble résulter de l'échec global d'une expérience prometteuse, devant associer le secteur sanitaire public aux communautés, afin d'aider ces dernières à prendre en charge localement les problèmes de santé courants¹. Il semble que les autorités sanitaires peinent à faire le deuil de cette initiative avortée, qui paraît excellente en soi, dans un contexte de moyens et d'une accessibilité aux soins très limités. Cela est d'autant plus difficile que l'échec n'est pas généralisé, certaines UVS continuant à fonctionner tant bien que mal, malgré le lâchage croissant des agents de santé. De plus, il est délicat de formellement retirer aux communautés ce qu'on leur a donné et surtout qu'elles se sont donné en construisant une UVS, en nommant une matrone et un secouriste. De temps en temps, ressort, comme un serpent de mer, l'idée de "redynamiser les UVS", volonté qui à notre connaissance n'a à ce jour débouché sur rien de concret. Pendant ce temps, les derniers secouristes et matrones décèdent, se découragent, émigrent, font la "grève"...

Les secouristes ont été formés aux injections. Puis la pratique des injections leur a été interdite, suite à de nombreux abus. Certains secouristes se sont en effet recyclés dans les injections "sauvages" d'ocytocine et autres *Quinimax* et vitamines; les produits injectables étant la forme galénique la plus prisée de la population. Certaines UVS sont pour ainsi dire devenues de petits services de santé privés, les agents villageois de santé ne s'approvisionnant plus en médicaments auprès des CCS et ne leur rendant plus aucun comptes. Cette tendance à la privatisation est présente dans plusieurs villages de la sous-préfecture de Ouessè.

Une première formation d'agents villageois de santé (AVS) a été dispensée en 1979 dans la sous-préfecture de Ouessè et 7 UVS ont été construites. Presque toutes les matrones formées étaient des matrones traditionnelles. Selon le jargon en vigueur, elle sont ainsi devenues des matrones traditionnelles recyclées. Faute de moyens, les secouristes formés n'ont pas pu entrer en fonction tout de suite, contrairement aux matrones, capables de travailler presque sans moyens. Avec l'arrivée du PMSBS, de nouvelles UVS ont été construites, des AVS ont été formés pour les desservir, alors que les anciens AVS étaient recyclés. En 1984, tous les villages officiels de la sous-préfecture étaient dotés d'une UVS, à l'exception de Kilibo Gare et d'Ogoutédo, et bien sûr des localités bénéficiant d'un CCS ou du CSSP.

¹ Voir Jancloes (1984) pour une réflexion critique sur les agents villageois de santé.

En été 1992, seules 6 des 21 UVS construites par la population pouvaient encore être considérées comme fonctionnelles. Des 34 matrones formées, 6 étaient encore actives (mais quelques autres ont aussi été formées entre-temps). Ces chiffres étaient respectivement de 26 et 5 pour les secouristes. Partout les bâtiments étaient pourtant en bon état. L'UVS de Toui Gare a même été reconstruite après une tornade et les habitants de Yaoui venaient d'achever une nouvelle UVS en dur, qu'il s'agissait encore d'équiper. Partout existent des comités de gestion. Mais presque aucun n'est fonctionnel. Beaucoup de secouristes ont abandonné leurs fonctions, démotivés par le manque de soutien de la population, qui devait leur "faire un champ" en compensation du temps consacré à la communauté¹, par le manque de supervision, par les problèmes de renouvellement des stocks de médicaments, souvent dus à une mauvaise gestion et à des prix inadaptés. Les matrones résistent mieux, surtout s'il s'agit d'anciennes accoucheuses traditionnelles recyclées. Mais certaines d'entre elles ne pratiquent plus les consultations prénatales². C'est notamment le cas de celles des communes de Gbanlin et d'Odougba, qui ont cessé cette activité dès lors que la population a cessé de les encourager en leur cultivant un champ ou en leur donnant un peu d'argent. Il arrive souvent que les agents villageois de santé qui ne remplissent plus ou plus complètement leurs tâches spécifiques assistent tout de même l'infirmier lors de son passage mensuel pour la vaccination.

Enumérons la liste des UVS plus ou moins fonctionnelles en 1992 dans la sous-préfecture de Ouessè, en décrivant plus en détail celles d'Attata et de Toui PK, soit les deux plus actives:

- Akpéro (commune de Kémon): deux matrones et deux secouristes formés. Seule une matrone était encore active. Elle avait assuré 21 accouchements en six mois;
- Odougba (commune d'Odougba): deux matrones et deux secouristes formés. En 1992, un secouriste et une matrone étaient encore plus ou moins en activité. Aucun accouchement pratiqué, de même en 1995 pour l'ensemble de la commune;
- Yaoui (commune de Kilibo): deux matrones et deux secouristes formés. Tous encore en activité. 36 accouchements, consultations prénatales, aucune activité curative. Les AVS assistent le personnel du CCS pendant les séances de vaccination en stratégie avancée, qui comprennent aussi les consultations prénatales;
- Kombon (commune de Challa Ogoï): une matrone et deux secouristes (dont le chef du village) formés, encore tous actifs;
- Attata (commune de Ouessè): un secouriste et une matrone ont été formés à Ouessè en 1979 durant quatre mois. Mais faute d'argent pour acheter un premier lot de médicaments (200'000 FCFA), l'UVS reste inactive jusqu'en juillet 1983. Seuls des conseils d'hygiène sont dispensés. A cette date, un projet (probablement le PMSBS) offre les médicaments et les agents villageois de santé reçoivent un complément de formation d'un mois au CSSP. Un recyclage pratique et théorique d'une semaine par an est dispensé par les infirmiers du CSSP jusqu'en 1987 à l'ensemble des agents villageois de santé. Jusqu'en 1990, un infirmier du CSSP venait mensuellement superviser les AVS d'Attata et recueillir leurs rapports d'activité. Ces supervisions constituaient un grand encouragement aussi bien pour les AVS, qui pouvaient se corriger et gagner en crédibilité auprès des patients, que pour la population, qui voyait

¹ Diesfeld, Kiniffo, Alihonou [et al.] (1988) voient dans l'absence de rémunération le problème capital de tous les agents de santé villageois. Ils attendent, ainsi que la population, qu'un jour l'Etat les rémunérera, ce qui les inciterait à poursuivre leur travail. Après avoir réalisé qu'ils ne peuvent rien gagner, les secouristes abandonnent en général leur tâche. Ces auteurs considèrent que l'absence de rémunération tend à représenter une exploitation des agents villageois de santé.

² En 1992, il était encore possible d'accoucher dans les UVS d'Idadjo, de Tosso, de Vossa, de Dokoundoho, d'Odougba, de N'gbéhouédo (mais rarement utilisé, les femmes préférant généralement aller au CSSP, à 4 kilomètres), d'Attata, d'Akpéro, de Toui PK, de Toui Gare, d'Ogoutédo, de Kokoro, d'Agboro Kombon, d'Idouya, de Botti Houegbo (mais peu utilisé) et de Gbédé. Cette liste n'est pas forcément tout à fait exhaustive.

que les agents sanitaires de l'Etat se préoccupait de leur sort et soutenaient leurs efforts. La matrone ayant déménagé après quatre années d'activité, une autre femme a été formée, durant un mois. Ni l'une ni l'autre n'étaient accoucheuses traditionnelles. Il n'y en avait d'ailleurs pas au village et la plupart des femmes allaient accoucher à Ouessè, avant l'ouverture de l'UVS.

En 1991, l'UVS a pratiqué 34 accouchements, 160 nouvelles consultations curatives et 149 anciennes consultations. Jusqu'à l'automne 1994, cette UVS était la plus active de la sous-préfecture, avec celle de Toui PK. Puis les agents de santé villageois, lassés de travailler gratuitement et des vaines promesses des villageois, ont cessé presque toute activité¹. Leur but était surtout de mettre sous pression les villageois pour qu'ils changent d'attitude à leur égard, afin de pouvoir reprendre le travail dans de meilleures conditions. En mars 1995, cette stratégie n'avait toujours pas porté ses fruits et l'UVS était pour ainsi dire fermée. L'UVS était ouverte ou le secouriste disponible à domicile en début de matinée et le soir, ce qui correspondait bien aux besoins des malades, de leur entourage et du secouriste, aux champs durant la journée. Les cas graves sont évacués au CSSP de Ouessè, après avoir reçu les premiers soins, tout comme les grossesses à risque. Les agents villageois de santé accompagnent alors souvent les évacués.

Selon le secouriste, les villageois préfèrent fréquenter l'UVS plutôt que le CSSP en cas de maladie, car elle est plus proche, moins chère et qu'il y a moins d'attente. Bien qu'Attata soit un village *nagot* et que l'agglomération de Ouessè soit *mahi*, il n'y a pas de mésentente entre les deux localités, ni de problèmes linguistiques pour les habitants d'Attata, dont la plupart parlent un peu *mahi*.

D'entente avec le chef du village, le comité fait nettoyer le village, les cours... Il visitait aussi régulièrement les femmes pour les encourager à boire l'eau de la pompe, d'où la disparition de la dracunculose. Il ne serait actuellement plus nécessaire de sensibiliser à ce sujet, tout comme à l'utilité des consultations prénatales. La sensibilisation pour la construction de latrines familiales ne rencontre par contre aucun écho.

Chaque traitement complet est facturé forfaitairement 100 FCFA, consultation(s) comprise(s), prix fixé par le comité de gestion de l'UVS². L'accouchement à l'UVS est facturé 500 FCFA³... et l'accouchement à domicile 2'000 FCFA, amende perçue par le comité⁴. Il n'y a donc aucun accouchement à domicile. Que ce soit pour les soins

¹ Les récriminations et les coups de semonce des agents villageois de santé étaient pourtant anciens. De 1983 à 1987, ils ont bénéficié de journées de travail collectif dans leurs champs. En 1988, le secouriste a reçu 3'000 FCFA et la matrone 2'000 FCFA. De 1989 à 1991, ils n'ont rien reçu. En 1992, ils ont réclaté et le chef du village a "gongonné" (envoyé un crieur public): 25 personnes ont travaillé durant un jour dans le champ du secouriste et autant dans celui de la matrone, ce qui représente environ 25 à 30'000 FCFA chacun, si l'année agricole est bonne. Ils ont alors continué "par pitié des malades", mais en réduisant leur temps de travail quotidien, car ils n'étaient plus motivés. Le secouriste admet cependant que, malgré ce peu d'empressement à le rémunérer, la population le respecte beaucoup et qu'il tire du prestige de son activité, ce qui constitue déjà un encouragement.

² Ce comité est composé d'un président, d'un trésorier, d'un secrétaire, du secouriste et de la matrone. Ses membres n'ont pas changé depuis sa création en 1983. Le président était alors le chef du village, le secrétaire et le trésorier sont des notables.

³ Certaines UVS, comme celles d'Akpéro et de Vossa demandent 1'000 FCFA.

⁴ Seulement deux ou trois cas depuis 1983. Cette pratique de l'amende était encore en vigueur en 1979 au centre de santé de Ouessè, quand les agents villageois de santé y ont effectué leur première formation. Elle a été adoptée dans bon nombre d'UVS. A Idouya, par exemple, elle est fixée à 3'000 FCFA. Mais il n'y aurait eu aucun cas de paiement. Selon une femme de ce village "au besoin, le mari interdit à sa femme d'accoucher à domicile, car c'est lui qui paie". Elle ajoute encore que le maire de la commune fait beaucoup de difficultés pour établir l'acte de naissance si la femme a accouché à domicile et que, s'il y avait liberté de choix, beaucoup de femmes continueraient à accoucher à domicile. A Gbédé, une amende de 3'000 FCFA a aussi été "décidée par la communauté" en cas d'accouchement à domicile, ce qui ne se serait là encore jamais produit, affirmation difficile à vérifier. L'amende est de 5'000 FCFA à Akpéro, "décision prise par la jeunesse du village pour effrayer les récalcitrantes". Elle est du même montant à Kombon, dont toutes les femmes accoucheraient à l'UVS selon le chef du village. Même Wokpa, village de colonisation agricole sans UVS, a instauré, en 1992 ou 1993 semble-t-il, une amende de 6'000 FCFA pour les accouchements à domicile. Cette décision locale semble résulter de pressions de la sage-femme de Gbanlin, qui constatait lors de la vaccination en stratégie avancée que de nombreuses femmes avaient accouché à

curatifs ou les accouchements, les habitants d'Attata iraient très rarement directement au CSSP de Ouessè sans voir auparavant le secouriste ou la matrone. En plus des accouchements, la matrone assure les consultations prénatales 2 fois par mois, avec l'aide du secouriste, car elle est illettrée. Toutes les femmes enceintes du village effectueraient des consultations prénatales (environ 5 en moyenne), que ce soit à l'UVS, au CSSP de Ouessè ou parfois aux deux endroits à la fois. Chaque consultation coûte 100 FCFA, y compris la chloroquine, le fer et l'acide folique;

- Toui PK (commune de Toui): une matrone et un secouriste formés en 1984¹. Depuis l'abandon du secouriste lassé de cette charge non rémunérée, la matrone se charge aussi des soins curatifs, sans avoir reçu de formation supplémentaire. Le village a désigné successivement trois secouristes, tous ont abandonnés. De même, personne ne veut seconder la matrone. En 1991, elle a assuré 66 accouchements, 176 consultations prénatales et 86 consultations curatives. Cette vieille matrone, la plus active de la sous-préfecture, est décédée à l'automne 1994. En mars 1995, elle n'était toujours pas remplacée. Elle recevait 500 FCFA par accouchement, mais rien pour les soins curatifs (facturés 100 FCFA l'épisode, médicaments compris). Tous les accouchements des villageoises s'effectuaient à l'UVS, où une majorité de femmes enceintes venaient aux consultations prénatales hebdomadaires (50 FCFA la visite). Cette matrone assistait aussi les agents vaccinateurs et, au besoin, allait chercher les femmes chez elles, d'où une excellente couverture au sein du village.

Comme le montre cette liste, les quelques UVS considérées comme encore plus ou moins actives à l'été 1992 se répartissent dans toute la sous-préfecture. La distance au service de santé le plus proche ne semble pas jouer de rôle dans leur persistance, puisque l'UVS la plus proche du CSSP de Ouessè, celle d'Attata à 3 kilomètres, était la plus dynamique et l'une de celles qui sont restées le plus longtemps actives. Beaucoup moins active, l'UVS d'Odougba est aussi proche du CSSP (4 kilomètres). Dans cette liste, on trouve également des UVS nettement plus éloignées de tout service de santé: Yaoui, à 10 kilomètres du CCS de Kilibo, et Toui PK, à 13 kilomètres de celui de Toui. Par contre, l'UVS d'Idadjo, village le plus éloigné de tout service de santé, est réputée non fonctionnelle (mais plus ou moins fonctionnelle en 1993 et 1994, selon l'infirmier de la commune).

Alors que peu après leur mise en fonction les UVS jouaient globalement un rôle curatif non négligeable², pour ainsi dire plus aucune UVS ne pratiquait de consultations curatives dignes de ce nom à la fin de l'année 1994. Certaines délivraient encore quelques médicaments, mais plus comme le ferait une vendeuse du marché qu'un agent de santé. Certaines pratiquaient encore les accouchements, plus rarement les consultations prénatales. A moins d'une improbable action volontariste d'envergure, avec un suivi dans le temps, et d'une réelle mobilisation des

domicile. La sage-femme les aurait alors "sensibilisé" en les menaçant de ne plus vacciner s'ils n'accouchaient pas à la maternité. Or les autorités locales "tiennent à la vaccination". Elles avaient même pratiqué une sensibilisation musclée pour inciter – contraindre serait sans doute un terme plus exact – les femmes à y assister. Maintenant (1993), la vaccination serait rentrée dans les habitudes et toutes y participeraient. En 1993, la sage-femme de Gbanlin nous avait dit que depuis peu les femmes de Wokpa venaient régulièrement accoucher à la maternité, sans préciser les causes de ce changement de pratique! Indépendamment de ce que l'on peut penser de la méthode et de ses éventuels effets pervers, force est de reconnaître que les mesures coercitives touchant au porte-monnaie sont très efficaces. En 1992, peu après l'ouverture du CCS, le COGEC de Gbanlin a instauré une taxe de 500 FCFA pour les accouchements à domicile. Beaucoup de ces taxes ont été perçues la première année, mais depuis, toutes les femmes accouchent à la maternité, sauf celles qui sont surprises à la ferme (exonérées de taxes).

¹ La formation initiale de la matrone, ancienne accoucheuse traditionnelle, a été d'un mois. Elle a par la suite reçu chaque année une à deux semaines formation durant 4 ans, puis plus rien depuis 5 ans. La formation a été dispensée au CSSP, au CCS de Toui et à l'hôpital Saint-Martin.

² En 1985 et 1986, le taux d'utilisation des services de santé curatifs de la sous-préfecture de Ouessè est de 32 %, y compris les soins dispensés dans les UVS, soit respectivement 38 et 28 % des nouvelles consultations (FOURNIER, RALAMBO, DAVO [*et al.*], 1988). Ce taux diminue à 26 % en 1997, dont 23 % du total dans les UVS. La part relative des activités curatives des UVS s'inscrit donc très rapidement à la baisse.

villageois, on peut considérer que les UVS ont vécu dans la sous-préfecture de Ouessè (et sans doute partout ailleurs au Bénin), du moins sous leur forme semi-formelle de départ.

L'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané

L'hôpital Saint-Martin n'est pas à proprement parler un service de santé de la sous-préfecture de Ouessè. Toutefois, en raison de sa grande proximité de cette dernière – à 2 kilomètres de la frontière nord de la sous-préfecture – et du rôle très important qu'il joue dans la prise en charge des malades de toute la sous-préfecture, nous l'avons toujours considéré comme un service de santé de cette dernière.

L'hôpital Saint-Martin a été créé en 1972 par le docteur Franken, à l'instigation de l'évêque de Parakou, dont il relève, tout comme son frère jumeau, l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Boco, à une douzaine de kilomètres au nord de Parakou. Modeste établissement voué essentiellement à la chirurgie au début, cet hôpital s'est développé grâce à des fonds étrangers, provenant notamment de Belgique (Medicus Mundi). Actuellement, seuls les investissements lourds relèvent d'un financement extérieur. Les frais de fonctionnement, y compris le salaire du médecin-directeur (à un tarif béninois) sont intégralement couverts par les recettes.

Bien qu'il offre une soixantaine de lits comme le CSSP de Ouessè et qu'il emploie presque autant de personnes, l'hôpital Saint-Martin est de taille et d'apparence plus modeste. Il se compose de:

- un bâtiment très vétuste abritant deux salles d'hospitalisation de 16 lits chacune et une petite salle de 4 lits. Les salles sont plus grandes et les lits beaucoup plus serrés qu'au CSSP de Ouessè;
- un bâtiment dont l'unique salle de 14 lits sert à la fois de maternité et de pédiatrie;
- un "village" en principe réservé aux patients de très long séjour (les tuberculeux essentiellement) et aux gardes-malades. Il est constitué par un bâtiment très vétuste, en forme de U entourant une cour, sur laquelle s'ouvrent de minuscules chambres individuelles ou familiales. Des foyers et des meules occupent le centre de la cour. Les gardes-malades y préparent les repas. Avec la saturation des salles d'hospitalisation, la plupart de ces vingt chambrettes (sans lits) sont attribuées aux malades. Au total, l'hôpital compte donc 60 à 65 lits d'hospitalisation;
- un bâtiment pour les soins avec un bloc opératoire, une salle d'accouchement, une salle de pansement et de petite chirurgie, deux cabinets de consultation, un bureau pour le médecin-directeur, un bureau-cabinet pour le médecin-chef adjoint, une pharmacie, une réception abritant l'imposant fichier des patients (près de 100'000 fiches personnelles) et une terrasse couverte servant de salle d'attente;
- un bâtiment abritant le laboratoire;
- un bâtiment abritant un garage et un atelier pour les agents d'entretien;
- deux modestes maisons de fonction pour les médecins et leurs familles;
- un bâtiment pour le personnel (chambres pour le repos de midi et les agents de garde la nuit);
- une buanderie;
- des latrines;
- un groupe électrogène fonctionnant de 19 à 22 heures;
- un forage, une pompe électrique et un château d'eau. Un robinet à fort débit est ouvert une heure par jour, pour les besoins personnels des malades et des gardes-malades. Un

employé remplit les bassines que les gardes-malades prennent soin d'apporter à l'avance;

- un nouveau bâtiment était en construction en 1995. Il abritera une nouvelle maternité de dix lits.

Le mobilier et le matériel disponibles ressemblent beaucoup à ce qui a été décrit pour le CSSP de Ouessè, les tables de chevet en moins, mais des draps housses souvent sales en plus, sur des matelas encore plus épuisés qu'au CSSP (certains sont rembourrés de matière végétale). Le laboratoire et le bloc opératoire sont probablement un peu mieux équipés que ceux du CSSP. L'appareil de radioscopie est en panne depuis longtemps et le réparer n'est pas une priorité. La plupart des médicaments utilisés sont des médicaments essentiels achetés en vrac à la centrale d'achat de Cotonou ou sur le marché international via IDA (International dispensary agency, organisme à but non lucratif basé aux Pays-Bas), si les prix y sont plus avantageux. Contrairement au CSSP, les médecins disposent d'un petit stock de spécialités pour les cas particuliers. En l'absence de tout médicament approprié, une ordonnance est délivrée. Les dépôts pharmaceutiques les plus proches sont à Tchaourou, à 8 kilomètres et à Kilibo, à 27 kilomètres, et les pharmacies les plus proches à Parakou, à environ 70 kilomètres. Toutes ces localités sont facilement accessibles par la route goudronnée.

Si l'on fait abstraction de la taille plus modeste de l'ensemble du complexe hospitalier de Saint-Martin, de l'absence d'enceinte autour de l'hôpital et de la vétusté d'une partie des bâtiments, rien ne distingue fondamentalement les bâtiments et l'équipement de ce dernier du CSSP de Ouessè. Signalons tout de même que l'hôpital confessionnel est mieux entretenu que le CSSP: tous les locaux sont récurés en fin de semaine par un personnel soignant très polyvalent et les manœuvres disposent d'un atelier bien équipé¹.

Une vingtaine de personnes travaillent à l'hôpital Saint-Martin. En juillet 1992, elles se répartissent comme suit (chiffres de 1994 entre parenthèses):

- un médecin-directeur expatrié (1);
- un médecin-chef adjoint béninois (1 en formation à Anvers, remplacé par un médecin adjoint);
- une infirmière et sage-femme expatriée (1);
- un infirmier-chef (1);
- deux infirmiers (2);
- quatre infirmiers-adjoints (4);
- quatre aides-soignants (9);
- trois manœuvres (2);
- un chauffeur (1);
- un blanchisseur (1);
- un gardien (2).

L'essentiel du personnel soignant a été formé en cours d'emploi au sein même de l'hôpital par ses cadres, selon un cursus plus ou moins formalisé comportant des cours théoriques et des exercices pratiques, à côté du travail quotidien. L'hôpital forme son personnel uniquement en fonction de ses besoins. Les novices apprennent aussi beaucoup en travaillant avec les agents plus confirmés. Il est habituel que les consultations soient menées conjointement par deux ou trois agents de santé de niveaux différents. Tout le monde commence comme aide-soignant,

¹ Ce qui manque cruellement au CSSP de Ouessè, où il n'y a ni matériel ni compétence ni volonté pour tout ce qui relève de l'entretien des bâtiments, heureusement encore récents.

durant deux ans, puis les personnes intéressées et compétentes peuvent progresser (examens internes à chaque étape) et devenir, selon les besoins du service, infirmiers adjoints (deux années de formation) et enfin infirmier, en six ans environ au total. Le salaire en première année est d'un demi SMIC (7'000 FCFA avant la dévaluation), puis il augmente avec l'ancienneté et le statut. Un infirmier ou un médecin y gagne environ comme dans la fonction publique.

Il est demandé au personnel d'être très polyvalent. Même s'ils sont plus ou moins spécialisés, les infirmiers doivent être capables d'effectuer les différentes tâches médicales: réception et inscription des patients, avec encaissement du prix de la consultation, consultation, pansements et petite chirurgie, pharmacie, instrumentiste, anesthésiste, soins dans les salles, gardes et laboratoire. Au moins un infirmier aurait même des compétences en chirurgie de base. Cette polyvalence constitue un avantage indéniable pour l'organisation du service, puisqu'il permet une grande souplesse d'utilisation du personnel. Elle contribue sans doute aussi à améliorer la qualité d'ensemble des prestations, chaque personne maîtrisant toute la procédure thérapeutique.

Exigeante pour le personnel, cette polyvalence constitue aussi pour lui un stimulant: le travail est varié et valorisant. La longueur de la formation et la diversité des connaissances inculquées et aussitôt mises en pratique constituent en quelque sorte un plan de carrière pour les plus doués des jeunes "issus du milieu" engagés comme aides-soignants à l'hôpital. Contrairement aux agents de santé publics en poste, leur marge de progression est énorme, avec un bon potentiel de promotion économique et surtout sociale.

Le personnel paraît très motivé. Il est fier de travailler dans un hôpital réputé loin à la ronde, réputation qui rejaillit sur eux. Est-ce dû à l'extraction souvent modeste du personnel, à la promotion et au prestige conféré par leur travail, à l'exigence de polyvalence inculquée dès le début, à la confiance en un statut professionnel reconnu de tous? Toujours est-il que, contrairement aux agents de santé publics (cela vaut d'ailleurs aussi bien pour le personnel médical que non médical), le personnel de l'hôpital Saint-Martin ne rechigne pas à effectuer les tâches les plus diverses, qui seraient parfois ailleurs considérées comme dégradantes ou hors des attributions de la fonction. L'infirmier-chef a même utilisé, avec fierté, ses talents d'ancien tailleur pour confectionner les uniformes du personnel. Il ne faut pas non plus négliger une autre cause potentielle de motivation: les employés du secteur confessionnel ne sont pas des fonctionnaires d'Etat nommés à vie. Leurs salaires sont comparables à ceux de leurs collègues du secteur public.

Le personnel est essentiellement d'origine locale (*Nagot*), ce qui constitue un atout indéniable: bonne maîtrise de la langue des patients, connaissance du contexte culturel, intégration et réputation personnelles à défendre, stabilité... Toutefois, comme l'hôpital a une très grande aire d'attraction et que la région attire de nombreux immigrants, les barrières linguistiques ne sont pas totalement absentes. Mais l'on trouve toujours parmi le personnel quelqu'un parlant la langue du patient et, pour les langues les plus rares, les patients eux-mêmes se font accompagner d'un interprète. D'origine *fon*, le médecin-chef adjoint qui consulte tous les après-midi (les deux médecins opèrent presque tous les matins, après la visite des malades hospitalisés) s'est de fait largement "spécialisé" sur les patients *fon* et *mahi* (parlant presque la même langue), qui l'apprécient beaucoup.

En été 1995, l'hôpital Saint-Martin a enregistré une étape marquante de son histoire: le remplacement du médecin-directeur expatrié par le médecin-chef adjoint, dans le cadre d'une politique de nationalisation des cadres. L'autre hôpital dépendant du diocèse de Parakou a connu la même mutation. En vue de ce changement, le médecin-chef adjoint a bénéficié d'une formation d'un an en santé publique à Anvers et une jeune femme a été engagée comme nouveau médecin-chef adjoint. Elle a toutefois démissionné après moins d'une année. Nous ignorons si

un médecin expérimenté a été trouvé pour la remplacer; la présence de deux médecins sachant opérer étant absolument indispensable pour assurer la prise en charge permanente de toutes les urgences, diriger et faire fonctionner un hôpital de cette taille tournant à plein régime. Nous ignorons également tout des éventuelles incidences de ce changement de direction (et du départ de la sage-femme, épouse de l'ancien directeur) sur la fréquentation de l'hôpital.

Comme l'ensemble du secteur confessionnel béninois, l'hôpital Saint-Martin jouit d'une excellente réputation auprès de la population. Pour de nombreux habitants de la sous-préfecture, cet établissement constitue, par expérience directe ou par ouï-dire, ce qui existe de mieux en matière de soins de santé. Ils y font souvent référence, à tel point qu'on en viendrait facilement à croire qu'ils l'utilisent souvent, ce qui, comme nous le verrons tout au long de la troisième partie, est à relativiser. De nombreuses raisons expliquent cette bonne réputation:

- le large discrédit d'un secteur public¹ longtemps certes gratuit (officiellement du moins), mais souvent incapable de délivrer des soins, faute de médicaments. De plus, sous la longue ère "marxiste", les agents de l'Etat étaient plus encore que maintenant le bras armé de la puissance publique, d'où parfois des comportements de roitelets;
- le fait qu'un ou deux expatriés dirigent l'hôpital et y exercent inspire énormément confiance². La médecine moderne est perçue comme la médecine des Blancs. De nombreuses personnes pensent qu'un Noir ne saurait donc être aussi compétent qu'un Blanc en la matière. Pour d'autres, la différence introduite par l'origine de l'agent de santé se situe plus au niveau de l'attitude que de la compétence³;
- l'existence d'un service de chirurgie fonctionnel, souvent utilisé... et occasionnant très peu de décès! Pour les Béninois, les deux points forts de la médecine occidentale sont la chirurgie et les injections. Les médicaments modernes (comprimés) sont aussi appréciés pour leur efficacité et rapidité d'action contre certaines affections, mais ils impressionnent moins car ils ont leur équivalent traditionnel avec la phytothérapie. La chirurgie peut par contre sauver des vies, là où la médecine traditionnelle reste souvent impuissante;
- la disponibilité permanente en médicaments;
- la prise en charge permanente et rapide des urgences, y compris chirurgicales;
- une efficacité thérapeutique jugée supérieure à celle du secteur public;
- des prix parfois considérés comme plus avantageux que ceux des autres secteurs;
- un meilleur accueil;
- l'affiliation religieuse, absolument pas marquée à l'hôpital Saint-Martin si ce n'est par le nom et la mention du diocèse de Parakou sur la plaque à l'entrée du complexe hospitalier, ne semble par contre jouer aucun rôle dans le cas présent. Même les adeptes de la religion traditionnelle ou de l'islam fréquentent volontiers cet établissement. Ailleurs, le caractère religieux des hôpitaux confessionnels peut être nettement plus

¹ Qui nous semble aujourd'hui lentement remonter la pente. Certaines critiques à son égard nous semblent trop sévères au vu de la réalité actuelle. Il est clair que conquérir une image positive nécessitera encore bien des efforts et du temps.

² Notons cependant que ce facteur ne semble pas dans la pratique aussi important que les discours des patients ... et du médecin expatrié le suggèrent. Depuis l'été 1995, plus aucun expatrié ne travaille à l'hôpital Saint-Martin, ce qui n'a pas empêché la poursuite de l'augmentation de la fréquentation (après toutefois un recul en 1994 et 1995, consécutif au réajustement des tarifs dû à la dévaluation du FCFA et, peut-être dans un premier temps, au départ du directeur expatrié et de son épouse. L'hôpital confessionnel de Boko, près de Parakou, reste lui aussi un toujours très attractif, malgré le départ de son directeur expatrié, à la même époque qu'à l'hôpital Saint-Martin. Dans les deux cas, les médecins-chefs adjoints, très compétents, motivés et actifs depuis longtemps dans ces hôpitaux, ont pris le relais.

³ Un groupe de vieux *Mahi* nous a assuré avoir beaucoup plus confiance en un médecin blanc, "car il est franc, il ne demande pas d'argent à côté comme tous les Noirs. Le médecin noir connaît le travail, mais il se soucie moins des Noirs que les Blancs. Ce n'est pas un problème de compétence, ils connaissent aussi bien que les médecins blancs, mais ils sont égoïstes. Le Blanc traite tout le monde de la même façon, le riche et le pauvre".

marqué, par des versets bibliques sur les murs (Bembèrèkè), par de longues séances de prières du personnel (laïc) avant la prise du travail, comme au centre médical Saint-Jean, à Cotonou (BOULLOUDANI, 1996). Cinquante-sept pour cent des patients de ce dernier ont affirmé que l'affiliation religieuse de ce centre était un facteur déterminant de leur choix.

Cette popularité est attestée par la grande extension de l'aire d'attraction de cet hôpital. Elle est limitée vers le nord par le centre de santé départemental de Parakou, à moins de 70 kilomètres et par l'hôpital confessionnel Saint-Jean de Dieu de Boco, à 80 kilomètres, et, dans une bien moindre mesure, par le CSSP de Tchaourou, à 8 kilomètres. Vers le sud, la concurrence est moins rude: le CSSP de Ouessè est à 45 kilomètres, celui de Savé à près de 100 kilomètres, celui de Glazoué à 120 kilomètres. Le centre de santé départemental de Goho, à Abomey-Bohicon est à 236 kilomètres. L'aire d'attraction est par contre étroite, dans le sens est-ouest. Elle est limitée à l'est par la rivière Okpara qui fait frontière avec le Nigeria, à une vingtaine de kilomètres de Papané (bien que les habitants de quelques villages "béninois" en terre nigériane, comme Bido Aïki, au niveau de Toui, fréquentent aussi l'hôpital Saint-Martin). De plus, la zone s'étirant entre l'Okpara et la route goudronnée est très peu peuplée. Il en va de même de toute la zone s'étendant à l'ouest de Papané, jusqu'au fleuve Ouémé et au-delà. L'aire d'influence de l'hôpital Saint-Martin s'étend par contre vers le nord-ouest, en direction d'Alafiarou et de Bétérou.

Nous parlons évidemment ci-dessus de l'aire d'attraction de fait de l'hôpital Saint-Martin et non d'une aire d'attraction officielle, qui n'existe pas en dehors des services de santé publics. La problématique des aires d'attraction n'intéresse d'ailleurs pas la direction de l'hôpital Saint-Martin. L'hôpital est là pour répondre à la demande de toute personne qui s'adresse à lui, d'où qu'elle vienne. Tout au plus, le directeur de l'hôpital déplore-t-il que des malades parcourent de longues distances pour parvenir à l'hôpital Saint-Martin, alors que leur problème de santé aurait très bien pu être pris en charge localement, ou du moins devrait pouvoir l'être. Selon lui, de tels comportements, qu'ils soient médicalement justifiés ou non, sont un indice du dysfonctionnement des services de santé publics. La direction veut encore mieux profiler cet établissement comme un centre de référence. A l'exception d'une clientèle locale, elle ne souhaite pas drainer les cas relevant des soins de santé primaires.

Cet hôpital pratique essentiellement des soins curatifs, quoiqu'il ait été amené à progressivement s'ouvrir aux accouchements, aux consultations prénatales et à la vaccination. Il ne s'attache pas à la promotion de la santé dans une région déterminée, dans une optique plus large de santé publique. L'importante demande pour le type de soins qu'il délivre actuellement ne lui en laisserait d'ailleurs guère le loisir.

Paradoxalement pour un établissement de cette importance, l'hôpital Saint-Martin a été construit en dehors de toute ville, de tout bourg de quelque importance et même de toute zone densément peuplée. Il n'est même pas construit dans un village. Papané, village le plus proche si l'on excepte le hameau qui s'est développé à côté de l'hôpital, est à plus d'un kilomètre. Autre fait particulier, cet hôpital est localisé à l'extrême sud du département du Borgou, dans la sous-préfecture de Tchaourou, à 2 kilomètres de la frontière avec le département du Zou. Est-ce fortuit? Nous ignorons tous des raisons de cette localisation. Tentons tout de même une hypothèse, que nous n'avons pas cherché à vérifier.

Cet hôpital relève du diocèse de Parakou, qui possédait déjà un hôpital à Boco, à 12 kilomètres au nord de Parakou, capitale du département du Borgou. A Bembèrèkè, 105 kilomètres au nord de Parakou, existe un autre grand hôpital confessionnel, protestant. Lorsque la direction du diocèse a dû choisir un lieu d'implantation pour un deuxième hôpital, il paraissait logique de regarder vers le sud, le nord étant déjà pourvu. De plus, les centres de santé

de sous-préfecture du sud du Borgou et du nord du Zou (Tchaourou, Ouessè, Savé et Glazoué) étaient alors très petits et rudimentaires. Des CSSP neufs n'y ont été construits qu'à partir du milieu des années 1980, jusqu'au début des années 1990. Entre Parakou et Dassa Zoumé et Savalou, il y avait un immense vide sanitaire, pour les établissements de référence et la chirurgie en particulier. Notre hypothèse est que l'installation sur la frontière entre le Borgou et le Zou permettait de viser au mieux cette population tout en restant dans le diocèse de Parakou¹ et sans concurrencer par une trop grande proximité l'autre hôpital relevant du diocèse.

Il est encore à relever que l'hôpital a été implanté sur le double axe qui irrigue toutes les sous-préfectures citées plus haut: la route internationale Cotonou-Niamey (pas encore goudronnée alors pour la région qui nous intéresse), et la voie ferrée Cotonou-Parakou, avec une gare à Papané. Afin d'économiser temps et argent, le train de jour ne dessert plus cette gare, comme bien d'autres, depuis le début des années 1990. Jusque là, de nombreux patients utilisaient le train pour se rendre dans cet hôpital. Si notre hypothèse est vérifiée, c'est donc une véritable vision stratégique qui a présidé au choix de la localisation, à première vue aberrante, de cet établissement confessionnel.

Bien qu'ils constituent au Bénin une importante source de soins primaires, secondaires et même tertiaires, les hôpitaux confessionnels ne sont pas intégrés dans la planification sanitaire officielle. Cela implique qu'un hôpital public peut être construit près d'une localité où existe déjà un hôpital confessionnel ou même dans celle-ci. Cela ne pose pas de problèmes majeurs dans les très grandes villes, comme Cotonou, où la clientèle potentielle est vaste. Il n'en va pas de même pour les gros bourgs comme Tchaourou, dont le CSSP pâtit fortement de la proximité de l'hôpital confessionnel, à 8 kilomètres. Beaucoup plus récent, plus petit, sans bloc opératoire, avec un médecin-chef largement absentéiste, et sans l'aura que confère l'appartenance au secteur confessionnel, le CSSP de Tchaourou enregistre une fréquentation fortement limitée par la présence de l'hôpital Saint-Martin. Son seul avantage est la proximité immédiate, pour les seuls habitants de Tchaourou, et, depuis la dévaluation du FCFA et l'augmentation subséquente des prix à l'hôpital confessionnel, les prix sans doute inférieurs qui y sont pratiqués. Le CSSP de Ouessè, pourtant à 45 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin ressent aussi sa concurrence. Même une partie des habitants de l'agglomération de Ouessè vont parfois à l'hôpital Saint-Martin plutôt qu'au CSSP. De plus, la présence de cet hôpital limite fortement l'aire d'attraction effective de ce CSSP en direction de l'Est, soit sur la moitié de son aire d'influence officielle.

Depuis quelques années, le Ministère de la santé, les Directions départementales de la santé, les projets de coopération et les bailleurs de fonds mènent une réflexion sur un nouveau découpage de la carte sanitaire béninoise. L'unité de base serait alors le district sanitaire, avec un hôpital de la taille d'un gros CSSP à sa tête. Il est prévu que des hôpitaux confessionnels puissent jouer ce rôle. Mais les enjeux sont tels, particulièrement dans la région Savé-Ouessè-Tchaourou, que les choses avancent très lentement.

L'ensemble des habitants de la sous-préfecture de Ouessè habitent en moyenne pondérée à 39 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin. Les habitants de la moitié est de la sous-préfecture en sont en moyenne éloignés de 27 kilomètres, alors que ceux de l'Ouest habitent presque deux fois plus loin (50,9 kilomètres). Le village officiel de l'Est le plus proche est à 6 kilomètres, le plus éloigné à 54 kilomètres. Pour l'Ouest, ces valeurs sont respectivement de 45 et 72 kilomètres. Près d'un tiers de la population de la sous-préfecture en habite à 45 ou 46 kilomètres, soit dans l'agglomération de Ouessè, à l'Ouest, et dans trois des principaux villages de la commune de Challa Ogoï, à l'Est. Notons encore une fois que l'accessibilité de l'hôpital confessionnel ainsi mesurée est un peu trop optimiste, puisque toute la population est ici considérée comme concentrée dans les villages officiels; ce qui n'est que rarement le cas. Par exemple, si Idadjo est

¹ Nous ne sommes toutefois pas absolument certain que les limites du diocèse soient confondues avec celles du département.

le village officiel le plus éloigné de tout service de santé (72 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin, 27 du CSSP de Ouessè et 17 du dispensaire de Tosso), il existe encore un important hameau plus mal loti: Asraou, à 14 kilomètres au nord d'Idadjo. Selon le prérecensement de juin 1990, ce hameau comptait 118 habitants, soit environ 12 % de la population totale du village officiel d'Idadjo.

De par sa position périphérique, l'hôpital Saint-Martin est donc de loin le moins accessible des services de santé de la sous-préfecture. Cela est vrai si par accessibilité on entend seulement distance. Cela l'est moins si on entend la capacité effective de se rendre à un endroit donné. L'hôpital Saint-Martin peut en effet être assez facilement atteint en taxi depuis toute la sous-préfecture, même depuis le lointain Ouest. Par contre, le CSSP de Ouessè peut difficilement être atteint en taxi par les habitants de l'Est.

L'hôpital Saint-Martin n'est officiellement centre de référence pour aucun service de santé. De même, il n'a pas de centre officiel de référence. Ce qui ne signifie nullement qu'il ne reçoive aucun cas référé ni qu'il ne réfère. Entre Parakou et Dassa Zoumé (212 kilomètres), c'est le seul établissement qui pratique en tout temps des opérations chirurgicales, même en urgence¹. L'ouverture du bloc opératoire du CSSP de Ouessè au printemps 1994 n'a pas vraiment modifié cet état de fait, puisqu'il n'offre pas de réelle permanence chirurgicale et que les médecins et leur équipe doivent encore faire leurs preuves. CCS et CSSP envoient donc souvent à l'hôpital Saint-Martin les cas chirurgicaux, des césariennes surtout. Les personnes souffrant de hernie, première cause d'intervention chirurgicale, se rendent le plus souvent directement dans cet hôpital, sans passer par un service de santé public. Des cas non chirurgicaux sont aussi référés à l'hôpital confessionnel, pour transfusion notamment, surtout par le CSSP voisin de Tchaourou. Une partie de ces références sont jugées abusives par la direction de l'hôpital Saint-Martin (tendance à se décharger trop rapidement sur l'hôpital confessionnel, surtout le soir et le week-end). Lorsque ce dernier réfère, il semble qu'il le fasse de préférence vers d'autres hôpitaux confessionnels (Boco, Bembèrèkè, Tanguiéta), plutôt que vers le secteur public (CSD de Parakou, CNHU de Cotonou).

Salifou, Ibrahima, Papa [*et al.*] (1995) ont étudié le profil des patients référés par les services de santé publics de la sous-préfecture de Tchaourou, le plus souvent vers l'hôpital Saint-Martin. Ce profil ne doit pas être très différent de celui des patients référés par les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, voisine de la précédente. Dans ces deux sous-préfectures, l'absence de chirurgie et de radiologie au CSSP ravale largement ces centres de premiers recours pour les CCS au rang de service de premier échelon. Le premier constat de cette étude est que, avec seulement 0,9 %, le taux de référence global est particulièrement bas. Les enfants de moins de 5 ans, cible privilégiée du paludisme dont les conséquences sont parfois une anémie aiguë nécessitant une transfusion, constituent 31 % de l'échantillon de 106 référés. Les femmes sont surreprésentées (63 % du total), à cause de la tranche d'âge des 15 à 34 ans dont les pathologies gynéco-obstétricales constituent un motif important de référence. Sur un échantillon de 168 cas, les pathologies médicales en représentent 54 % (22 % pour les seules anémies graves), les pathologies gynéco-obstétricales 32 % (21 % pour les seules dystocies), la chirurgie et la traumatologie 7 % chacun. Le motif de la référence était le manque de matériel technique (35 %), l'absence de réponse favorable au traitement (9 %), le défaut de diagnostic (13 %), le manque de médicaments adaptés ou de sang (26 %) et d'autres motifs (17 %). Dix-sept pour cent de ces références ont été jugées injustifiées. Le CSSP de Tchaourou a référé 77 % de ces cas, le reste provenant des CCS. L'hôpital Saint-Martin de Papané, à 8 kilomètres du CSSP a reçu 88 % de ces cas.

¹ Encore n'est-il pas certain que les deux hôpitaux publics précités soient aussi disponibles pour les interventions chirurgicales.

b) Les services de santé informels de la sous-préfecture de Ouessè

Les services de santé informels de la sous-préfecture de Ouessè peuvent être regroupés en trois catégories. Il y a tout d'abord les services de santé modernes privés, eux-mêmes constitués d'une grande variété de formes. Il y a ensuite tous les thérapeutes (nous considérons qu'un thérapeute est assimilable à un service de santé) relevant de la médecine traditionnelle. Il y a enfin les thérapeutes de la foi (*faith healers*), rattachés à certaines églises. Bien qu'ils participent à l'offre sanitaire, les commerces de médicaments – dépôts pharmaceutiques formels et vendeuses informelles de médicaments – n'ont pas été considérés comme des services de santé, car ils ne pratiquent pas de consultation, même s'ils conseillent parfois un médicament à partir de l'énoncé de quelques symptômes. Il y a là plus relation de client à commerçant que de patient à thérapeute. Nous décrirons donc séparément les différentes catégories de personnes s'adonnant au commerce privé de médicaments.

Les services de santé modernes privés

Leur nombre reste limité dans la sous-préfecture de Ouessè, qui n'offre pas, comme les grandes agglomérations, un important potentiel de patients (GOMES DO ESPIRITO SANTO et FLOURY, 1997). De plus, les conditions de vie dans la sous-préfecture sont moins confortables et stimulantes qu'en ville et le niveau économique des clients potentiels y est plus bas, d'où des gains plus limités. Ajoutons encore qu'il n'existe à notre connaissance qu'un seul médecin originaire de la sous-préfecture et donc plus susceptible qu'un autre de s'y installer. Ces multiples raisons expliquent qu'aucun médecin ne soit installé à titre privé dans la sous-préfecture. Environ la moitié des privés sont des infirmiers ou infirmières, l'autre des secouristes avec un bas niveau de formation.

Les privés du niveau le plus élevé tendent à se concentrer dans l'agglomération de Ouessè et l'agglomération voisine d'Odougba, c'est-à-dire là où existe le principal bassin de population, mais aussi là où l'on trouve le principal service de santé public, qui constitue pour eux une rude concurrence. L'initiative privée en matière sanitaire est récente dans la sous-préfecture, comme au Bénin en général, puisque le régime d'inspiration marxiste-léniniste l'interdisait ou presque jusqu'à la fin des années 1990.

La première initiative privée dans la sous-préfecture était aussi la plus ambitieuse. Il s'agit de la création, en décembre 1991, d'une petite clinique à Laminou, à la périphérie ouest de l'agglomération de Ouessè. Deux bâtiments en briques non crépies délimitant une cour se font face: une maison d'habitation pour le propriétaire et sa famille et la clinique proprement dite. Ce service de santé privé, autoproclamé clinique par son fondateur puisqu'il permet le séjour de quelques patients, n'a pas de statut légal. Ce qui ne l'empêche pas de pratiquer des opérations chirurgicales, des hernies surtout¹. L'équipement disponible est au moins aussi sommaire que dans les services de santé formels, et les conditions d'asepsie dans la "salle d'opération" encore moindre. Le propriétaire montrant une certaine méfiance, nous avons renoncé à visiter la ou les pièces, généralement inoccupées, réservées à l'hospitalisation, tout comme à demander les tarifs pratiqués. De même, nous n'avons pas insisté sur les opérations chirurgicales, sujet très délicat. Il nous a par contre volontiers prêté le registre des patients. La pratique d'interventions chirurgicales, alors que le CSSP en était incapable à l'époque, était un des atouts de cet infirmier pour asseoir sa réputation. "Gbaguidi est plus fort que le CSSP car il a été en stage en France et

¹ Selon une autre source, un docteur ou un infirmier venait de Savalou pour les opérations. La hernie était au début facturée 25'000 FCFA, sans compter les médicaments, puis 20'000 FCFA, car il ne trouvait pas de clients à l'ancien prix. Suite à une mésentente entre le directeur de la clinique et la personne de Savalou, celui-ci n'est plus venu. Les gens étaient contents de pouvoir se faire opérer localement, car tout compris, cela revenait moins cher qu'à l'hôpital Saint-Martin de Papané (moins cher pour les prestations médicales, mais occasionnant d'important frais de transport et de séjour à cause de la distance).

il opère. Il est plus efficace que le Flamboyant [le cabinet de soins infirmiers de Botti], surtout pour les maux de ventre, puisqu'il opère" dira un agriculteur de Ouessè... qui n'est jamais allé dans cette clinique.

Le personnel était essentiellement composé du fondateur et directeur de l'établissement, un infirmier diplômé d'Etat à la retraite, plutôt considéré comme un docteur par la population, car il avait temporairement occupé un poste en principe réservé à un médecin, alors qu'il était en fonction dans le département de l'Atacora, et parce qu'il avait effectué un stage en Europe. Il avait déjà travaillé dans la région comme chef de poste de 1963 à 1966. Possédant déjà une clinique à Savalou, région d'origine des *Mahi* de la sous-préfecture, il aurait répondu à l'appel de sa clientèle de Ouessè d'ouvrir une nouvelle clinique chez eux. Désormais basé à Ouessè, il effectuait des visites épisodiques à Savalou. Dans sa nouvelle clinique, il s'était entouré d'un nombre très élevé d'aides-soignants (14) recrutés localement, qu'il formait. Le contenu et la qualité de cette formation étaient un autre sujet très délicat, sur lequel l'infirmier ne souhaitait visiblement pas s'étendre. Selon un de ces aides-soignants, un professeur de l'école d'infirmiers de Parakou venait de temps en temps et l'infirmier faisait passer un examen à la fin de la formation d'un an. Comme pour tout apprentissage au Bénin, les futurs aides-soignants devaient payer (24'000 FCFA). La multiplication des apprentis constituait une source de revenu non négligeable en même temps qu'une main-d'oeuvre abondante.

Selon l'infirmier, la clinique récupérait surtout la clientèle déçue du traitement, mais aussi de l'accueil, reçus au CSSP. Il remarque que la fréquentation augmente lorsque sa femme, une Européenne, est présente, bien qu'elle n'ait aucune formation médicale. Il pense d'ailleurs que le grand succès de l'hôpital confessionnel Saint-Martin est surtout dû à la présence d'une direction expatriée. Pour le traitement des phobies, qu'il qualifie d'envoûtements, il travaille avec un tradipraticien dans sa clinique.

Après des débuts fort prometteurs, la fréquentation de cette clinique déclina très rapidement et, bien qu'elle n'ait jamais "officiellement" fermé ses portes, on peut considérer qu'elle avait cessé presque toute activité un an déjà après son ouverture. En été 1992, l'infirmier nous avoua qu'il n'avait pas assez de clients pour en vivre, mais que cette activité apportait un complément à sa retraite. A cette époque, l'infirmier habitait encore dans la clinique, mais s'absentait fréquemment pour régler des affaires de famille, dans sa ville d'origine. Il rêvait de diversifier ses activités, d'acheter un tracteur, de créer une ferme dans la région. Il fit effectivement cultiver de grands champs de coton les années suivantes. Avec la forte baisse de fréquentation de la clinique, la formation pratique des aides-soignants n'était quasi plus possible. Ils quittèrent la clinique les uns après les autres, cherchant parfois à exploiter à leur compte leur maigre bagage médical.

Cette clinique avait communément la réputation d'être à la fois très efficace et très chère, à tel point que beaucoup affirmaient que "si tu n'as pas 10 ou 25'000 FCFA, inutile d'aller chez Gbaguidi" ou que "c'est surtout pour les cas désespérés¹" ou encore que "seuls les *Peul* peuvent aller là-bas", puisqu'un traitement y coûterait facilement 25 à 30'000 FCFA (avant dévaluation). Ces derniers, qui passent pour riches en raison de leurs grands troupeaux², étaient effectivement surreprésentés parmi les patients de cette clinique. On y trouvait aussi bien les *Peul* sédentarisés depuis longtemps dans les environs de Ouessè, que les *Peul* nomades, venant souvent du Nigeria³. Le prix d'une consultation étant de 500 FCFA pour les adultes et de 300 FCFA pour

¹ On nous a rapporté le cas, non confirmé par les intéressés, d'une femme brûlée hospitalisée durant trois mois dans cette clinique, pour un coût de 50'000 FCFA.

² Ce que les intéressés réfutent, précisant qu'ils sont seulement les gardiens d'une partie de leurs troupeaux.

³ Il n'est souvent pas aisé d'établir un diagnostic pour un enfant de *Peul* transhumants car ses parents ne disent pas ce qu'il a et répondent à peine aux questions: c'est à l'infirmier, spécialiste de la santé, de savoir ce qu'a l'enfant, un peu comme s'ils consultaient un devin.

les enfants et les élèves. L'hospitalisation était facturée 1'000 FCFA. Ces tarifs étaient donc respectivement cinq, trois et deux fois plus élevés que ceux pratiqués au CSSP, à l'autre extrémité de l'agglomération de Ouessè. Ce sont les prescriptions qui y étaient particulièrement chères, mais de loin pas toujours aussi élevées que les chiffres avancés ci-dessus par des informateurs, qui donnaient d'ailleurs aussi souvent des cas concrets de traitements avec un coût plus modéré.

Cherté et efficacité, ou du moins rapidité d'action, s'expliquaient en partie par la débauche de médicaments généralement utilisés. L'infirmier avait pour habitude de "taper" très fort et très large. Le recours aux injections (beaucoup de *Quinimax* pour les diagnostics de paludisme), aux vitamines et autres fortifiants étaient monnaie courante, thérapies fort prisées de la population, mais peu ou pas disponibles dans les secteurs public et confessionnel. Selon l'infirmier, la population veut des injections. Elle serait fatiguée de recevoir au CSSP des comprimés qu'ils ont en abondance à la maison. Les médicaments utilisés étaient essentiellement des produits de marque achetés dans des pharmacies privées à Cotonou, mais aussi partiellement reçu en don de France, où deux familles les collectaient pour lui. Il utilisait aussi des médicaments essentiels achetés à Savalou. Selon l'infirmier, les médicaments courants étaient vendus quasi aussi bon marché qu'au CSSP, car il y a beaucoup de concurrence sur ces produits facilement accessibles à bas prix.

Presque en même temps que la clinique de Laminou s'est ouvert à Botti (commune de Laminou, agglomération de Ouessè) un cabinet de soins infirmiers, qui resta en activité environ deux ans. Les premières consultations se sont déroulées en avril 1991, sous une paillote, puis le cabinet a été ouvert en février 1992. Il consistait en un bâtiment de deux ou trois petites pièces, en briques crépies, construit dans la cour de la maison d'habitation de l'infirmier diplômé d'Etat, qui le desservait. Ce dernier était aussi un ancien infirmier de la fonction publique à la retraite, originaire des environs de Bohicon. Son dernier poste avait été le CSSP de Ouessè, durant neuf ans, de sorte qu'il connaissait bien la clientèle locale. L'infirmier était secondé par son fils et un autre jeune homme, qu'il avait formés comme aides-soignants. Seuls des traitements curatifs ambulatoires étaient proposés. Une demande, sans suite à l'été 1992, avait été déposée au Ministère de la santé pour obtenir une autorisation officielle d'exercer. Il était conscient que depuis plusieurs années l'Etat n'accordait plus de telles autorisations, ce qui décourageait beaucoup d'en solliciter. Lui préféra tout de même effectuer cette démarche, pensant qu'elle assurait déjà une certaine protection.

Les patients affluèrent tout d'abord fort nombreux, malgré la concurrence du CSSP de Ouessè, à environ 1,5 kilomètre. L'infirmier dut même enlever la plaque signalant son cabinet, installée sur le marché. Il avait trop de travail et trop peu de médicaments en stock, ce qui l'obligeait à prescrire de nombreuses ordonnances, solution peu satisfaisante pour des patients largement habitués à ressortir des services de santé avec les médicaments nécessaires. Il se peut aussi que certaines remarques ou pressions l'aient incité à la prudence et à la discrétion, n'ayant pas d'autorisation officielle d'exercer. Au moment de l'entretien, la présence de cette plaque publicitaire n'était déjà plus considérée comme nécessaire, puisqu'il était maintenant connu. L'infirmier n'était pas toujours présent, ce qui nuisait à ses affaires, de son propre aveu. Ses deux aides-soignants recevaient les anciens cas et les nouveaux cas "à leur portée". La fréquentation diminua ensuite progressivement, puis se stabilisa à un niveau supérieur à celui des CCS les moins fréquentés. L'infirmier attribuait cette baisse à une légère augmentation du prix des médicaments, dont l'approvisionnement serait devenu plus difficile, à la renonciation aux consultations de nuit et au crédit, "car les gens abusaient", au départ des *Peul* nomades, suite à des incidents, et à la concurrence des élèves de la clinique de Laminou, qui consultaient à domicile. Souvent appelé par des obligations familiales dans sa région d'origine et confronté à la baisse du nombre de consultations, cet infirmier liquida son cabinet début 1994 et déménagea.

La fréquentation de ce cabinet connaissait des variations saisonnières, avec un maximum pendant la saison sèche, de novembre à mars. Ce pic est inversé au CSSP voisin. Il n'est pas exclu que cette inversion des maxima découle des prix nettement plus élevés pratiqués par l'infirmier. Après les récoltes de céréales et de tubercules, puis de coton, soit en automne et en hiver, les agriculteurs ont de l'argent pour se soigner, ce qui est moins le cas durant la période de soudure, alors que les besoins en soins de santé ont pourtant tendance à augmenter. Selon cette hypothèse, une partie de la population préférerait se rendre chez un privé plutôt qu'au CSSP. Pour des raisons financières, elle serait toutefois partiellement obligée de se rabattre sur le CSSP, pendant les mois de vaches maigres.

La consultation était gratuite, car "il est difficile de faire payer d'emblée". La vente des médicaments permettait de renouveler le stock et de dégager son salaire. L'infirmier pratiquait un prix forfaitaire par type de traitement. Il estimait que les tarifs pratiqués par son collègue de la clinique de Laminou étaient plus élevés que les siens, "ce qui fait mon bien". Par contre, ses tarifs étaient en gros deux fois plus chers que ceux du CSSP voisin, pour le même traitement. Pour un paludisme chez un enfant, il demandait par exemple 1'200 FCFA (en 1992, avant la dévaluation), alors qu'un tel cas revenait selon l'infirmier à 500 ou 600 FCFA au CSSP. L'injection revenait à 100 FCFA, en plus du médicament acheté au choix chez lui ou à la pharmacie. "Cela me fait mal de demander plus qu'à l'hôpital, mais je n'ai pas le choix", dira l'infirmier. Bien qu'il fût payer la totalité du traitement lors de la première visite, il ne donnait pas directement les médicaments pour tout le traitement. Il demandait habituellement de repasser tous les trois jours. Dans certains cas, le patient revenait jusqu'à deux fois par jour, ce qui impliquait une clientèle de proximité. Il n'y avait par contre pas ou peu d'attente à ce cabinet, alors que, selon l'infirmier, les gens se plaignaient de la trop longue attente au CSSP de Ouessè.

Ce cabinet de soins infirmiers n'utilisait pas les médicaments essentiels, car en tant que privé il n'avait pas accès à la centrale d'achat. L'infirmier avait vainement tenté d'en acheter auprès de l'ancien médecin-chef de la sous-préfecture. Il s'approvisionnait en médicaments surtout à Bohicon, un peu à Cotonou et moins encore à Ouessè, où les prix étaient plus élevés. Son stock de médicaments était encore limité, lors de notre premier contact en été 1992, car il avait peu de capital, venant tout juste de commencer à toucher régulièrement sa retraite. Il était lui aussi soumis à une forte demande en produits injectables, bien qu'ils fussent plus chers et requerraient des visites quotidiennes au cabinet. Certains patients seraient venus le voir avec les comprimés de l'hôpital et lui auraient réclamé des injections¹. Comme "il ne faut pas indisposer psychologiquement le malade", il commençait alors souvent le traitement avec une ou deux injections et le terminait avec des comprimés. L'infirmier expliquait ainsi cet engouement pour les injections: "Dans le temps, nos grands-parents ne recevaient que des piqûres [la vaccination?]. De plus, les cachets sont moins chers, donc perçus comme moins efficaces".

Le propriétaire de ce cabinet de soins infirmiers nous affirma que l'accueil était meilleur dans le secteur privé que dans le secteur public, qu'il connaissait bien pour y avoir fait toute sa carrière. Les agents du secteur privé seraient plus disponibles que ceux des services publics, desservis par des fonctionnaires. Par exemple, les gens peuvent venir y consulter ou y amener leurs enfants très tôt le matin, ce qui leur permet encore d'aller aux champs par la suite. Lui-même se déplaçait aussi à domicile, au début. Il était souvent "dérangé", de jour comme de nuit. Ne disposant pas de trousse permettant de transporter instruments et médicaments dans de bonnes conditions, il devait souvent retourner au cabinet pour y prendre les médicaments nécessaires, "et pendant ce temps, les gens attendaient au cabinet". La cessation des

¹ La croyance en l'efficacité supérieure des injections et des perfusions ("ça va directement dans le sang") est fréquente chez de nombreuses populations des pays en développement, en particulier d'Afrique subsaharienne (VAN DER GEEST, 1982; WYATT, 1984; GREENHALGH, 1987; MCVEA, 1997). A Brazzaville, la croyance que le paludisme ne peut être traité que par des perfusions et des injections est très répandue (DORIER, 1989).

consultations à domicile ne lui aurait pas fait perdre de clients. Sa clientèle n'était pas vraiment d'anciens patients qui l'auraient suivi depuis le CSSP: "Je ne connaissais pas auparavant la plupart de mes clients". L'infirmier cite encore un autre avantage à consulter un privé plutôt qu'un service public: "Si un malade rentre des champs pour une urgence et qu'il n'a pas d'argent avec lui, je fais le premier traitement et il me paie le lendemain". De même, il faisait crédit aux indigents.

Cet infirmier n'avait pas de contacts professionnels avec le CSSP de Ouessè, notamment parce qu'il n'avait pas d'autorisation officielle de pratiquer. Il jugeait cependant bon qu'il y ait des réunions régulières. Ancien major du CSSP, il y gardait toutefois des relations personnelles. En cas de besoin, il évacuait ses malades vers le CSSP, vers la maternité duquel il dirigeait aussi toutes les femmes enceintes qui s'adressaient à lui.

Entre 1993 et 1994, quelques autres cabinets de soins infirmiers ont également été ouverts, notamment à Zogba Gaou (un infirmier) et à Gbémé (une sage-femme), dans l'agglomération de Ouessè, et à Odougba (une infirmière). L'origine de ces trois petits services de santé est quasi la même: l'incapacité du secteur public, confronté à de graves difficultés financières, à engager comme par le passé (ou même conserver) tous les agents de santé sortant des deux écoles nationales.

L'infirmier de Zogba Gaou est précisément l'un de ces anciens fonctionnaires qui a saisi l'opportunité de quitter la fonction publique moyennant un versement unique pour solde de tous comptes. Il était jusqu'à son départ de la fonction publique major (infirmier en chef) du CSSP de Ouessè. Il a ensuite créé deux "fermes" dans la sous-préfecture de Ouessè (domaine agricole avec une maisonnette en banco) où travaillent des tâcherons. A côté de son domicile principal, dans le village abritant le CSSP de Ouessè, il était en train d'aménager, fin 1994, un petit cabinet de consultation. Il pratiquait alors un nombre très limité de consultations, mais souhaitait l'augmenter.

Ne parvenant pas à être engagée par l'Etat au terme d'un stage d'un an au CSSP de Ouessè, une jeune sage-femme a ouvert en septembre 1993 un cabinet à Gbémé, dans la commune de Laminou, agglomération de Ouessè. Elle y pratiquait à la fois des soins infirmiers, des consultations prénatales et des accouchements. Mais son activité est rapidement devenue presque insignifiante après quelques mois pourtant relativement encourageants. Elle demandait 200 FCFA pour une nouvelle consultation curative (y compris trois jours de suivi au besoin). L'ensemble des consultations prénatales¹ y coûtait 500 FCFA. L'accouchement, y compris 24 heures d'hospitalisation, était facturé 2'000 FCFA. Les médicaments étaient toujours comptés en sus. Si un accouchement dystocique la dépassant était à prévoir (cas hypothétique à ce jour), la sage-femme se proposait de référer à l'hôpital Saint-Martin, et non au CSSP voisin, dépourvu de chirurgie à l'époque. Sa clientèle, provenant essentiellement de la commune de Laminou, était surtout composée de femmes enceintes et d'enfants de moins de quatre ans. Elle s'approvisionnait en médicaments à Cotonou, auprès de Pharmaquick, un des rares fabricants béninois. Sans avoir totalement cessé toute activité médicale, cette sage-femme pratiquait essentiellement de la couture dans son cabinet, au début de l'année 1995.

Début août 1994, une jeune infirmière de santé issue de l'école d'infirmiers de Parakou (trois ans d'études) s'est installée à Odougba, reprenant un cabinet de soins infirmiers ouverts onze mois plus tôt par un autre infirmier, entre-temps incorporé dans la fonction publique. Tout comme la sage-femme de Gbémé, cette infirmière a bénéficié d'un stage de 11 mois dans un service de santé public, mais n'a pas pu rester dans la fonction publique au terme de celui-ci.

¹ Elle en recommandait une par mois, puis, vers le terme, une tous les 15 jours et finalement une tous les 8 jours.

Originaire de Bassila, à l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, elle parle aussi bien le *nagot* que le *mahi*.

Cette infirmière pratique les soins curatifs ambulatoires et les accouchements, mais pas les consultations prénatales, faute de vaccins. Selon elle, elle verrait plus d'enfants que d'adultes, avec un sex-ratio équilibré. Son cabinet est officiellement ouvert de 8 heures à 12 heures 30 et de 15 heures à 18 heures 30. Mais comme elle habite à côté, elle est en fait disponible en permanence. Elle est d'ailleurs souvent "dérangée" la nuit. Si un patient ne peut vraiment pas se déplacer, elle le visite à domicile (elle a une moto). Elle ne pratique pas le crédit. Les patients paient à la fin de chaque visite ou directement pour tout le traitement. Selon elle, ses patients se disent motivés à venir par le bon accueil. Certains patients qu'elle réfère au CSSP affirmeraient préférer aller à l'hôpital Saint-Martin "car à Ouessè on te traite comme un chien, on ne te regarde pas".

En sept mois d'activité elle a pratiqué 31 accouchements. Ceux-ci étaient surtout nombreux les premiers mois, puis ils enregistrèrent une forte baisse. Selon l'infirmière, les sages-femmes du CSSP "engueulent" les femmes qui ont accouché chez elle, lorsqu'elles retournent à la maternité pour une raison ou une autre. Une partie des femmes de la commune, estimée à moins de 25 % accoucheraient encore à domicile. Avec l'assistance d'un aide-soignant qu'elle forme, elle effectue de 3 à 15 nouvelles consultations par jour. A son arrivée, la fréquentation était faible, car elle n'était pas connue. Elle a ensuite augmenté, puis s'est stabilisée. Contrairement aux deux privés de la commune de Laminou, elle n'a pas connu de phase de reflux. Mais nous manquons encore de recul, puisqu'elle ne tenait ce cabinet que depuis sept mois lors de notre passage. Elle s'adonne à cette activité à plein temps, et, contrairement aux deux infirmiers de Laminou, n'a pas d'autres sources de revenus. Elle paraît très motivée et très disponible, se déplaçant peu, contrairement aux deux infirmiers précités. Comme tous les privés, elle effectue de nombreuses injections: "Les gens pratiquent beaucoup l'automédication et ils ne viennent que pour les cas graves. Ils veulent alors autre chose que ce qu'ils ont déjà fait". Ses consultations sont gratuites, mais elle vend directement la plupart des médicaments qu'elle prescrit. Un paludisme simple y revient par exemple à 250 FCFA (100 FCFA pour 15 comprimés d'aspirine et 150 FCFA pour 15 comprimés de chloroquine). Pour les comprimés, elle pratique plus ou moins les mêmes prix que la pharmacie du CSSP de Ouessè. Les injections y sont par contre un peu plus chères (par exemple 350 FCFA l'injection de *Quinimax*, seringue comprise). Pour les injections, la concurrence est moins vive, puisque les services de santé publics sont réticents à les banaliser. Après les premiers soins, il lui arriverait souvent de référer un patient au CSSP. Si le cas est particulièrement grave, elle l'y enverrait tout de suite, sans donner les premiers soins.

Elle s'approvisionne en médicaments uniquement à Parakou, surtout de produits fabriqués ou conditionnés à Cotonou par Pharmaquick. Si un médicament manque à son assortiment, elle délivre une ordonnance pour le dépôt pharmaceutique de Ouessè. Comme le client est roi, il lui arrive de devoir vendre des médicaments sans avoir effectué de consultation au préalable.

Issu de la même école d'infirmiers, un jeune homme s'est installé à son compte, en été 1991, à Kilibo, son village d'origine. Dans cette agglomération de deux villages, d'environ 4'000 habitants, il se trouve en concurrence avec le CCS local. Ne disposant pas d'un cabinet, il consulte à son domicile. Son assortiment de médicaments se restreint, du moins au début, à du *Paracétamol* et à de la chloroquine, qu'il complète en prescrivant des ordonnances. Il vend aussi des seringues (50 FCFA) et pratique beaucoup d'injections (50 FCFA, sans compter le *Quinimax*, l'antibiotique, les vitamines... que le patient doit amener). En 1992, il demandait 300 FCFA pour une consultation (400 ou 500 FCFA s'il fournissait de la chloroquine et/ou du *Paracétamol*). Pendant la longue vacation du poste de sage-femme à la maternité du CCS, certaines femmes enceintes le consultaient. Il a perdu cette clientèle avec l'affectation d'une

nouvelle sage-femme. Il a de même profité de la longue vacation du poste d'infirmier au dispensaire. Certains préféraient alors consulter un "docteur" plutôt que l'aide-soignant qui tenait alors l'infirmerie. Afin d'étendre sa clientèle, il consulte aussi à domicile dans les villages environnants dépourvus de services de santé (Kilibo Gare, Yaoui, Akpéro, les hameaux *peul*, et à Kémon, avant l'ouverture du CCS). Il se déplace, sur demande surtout, ou profite de contacts dans ces villages pour se faire introduire. Disponible même la nuit et le week-end, il verrait environ 10 patients par jour (anciens et nouveaux confondus) et semble vivre correctement de cette seule activité. Deux autres privés exercent à Kilibo: un ancien employé de l'Office National de Pharmacie et un ancien aide-soignant de l'hôpital confessionnel de Bembèrèkè. D'un niveau de formation très modeste, ces deux personnes réfèrent les cas difficiles à l'infirmier privé.

A la fin de leur formation d'un an, deux anciens aides-soignants formés à la clinique de Laminou se sont installés, en novembre 1993, dans un poste de secours ouvert pour eux par le responsable de la clinique, à Attannondoho (commune de Laminou, agglomération de Ouessè). Ces aides-soignants restent les employés de ce dernier, qui les approvisionne en médicaments. Se relayant (gardes de 24 heures), ils parviennent à maintenir le poste ouvert en permanence, tout en s'adonnant parallèlement à l'agriculture. Ce service de santé dessert une clientèle fort locale, issue presque exclusivement de la commune de Laminou. La clientèle y est différente de celle de la clinique de Laminou. Les *Peul* ne fréquentent pas ce poste de secours. Si les deux aides-soignants se sentent dépassés par un cas (ils n'accepteraient par exemple pas les jeunes bébés), il l'envoient chez leur patron, s'il est là, ou alors au CSSP de Ouessè. Ils demandent 100 FCFA pour une nouvelle consultation et 50 FCFA pour une injection, le médicament en sus (prix après la dévaluation). Une ampoule de *Quinimax* y est facturé 400 FCFA, les 15 comprimés de chloroquine 100 FCFA. En gros, les prix sont similaires à ceux du CSSP et comme lui, ils fournissent directement tout le traitement.

Trois secouristes privés exercent aussi à Djegbé, soit chez eux, soit au domicile des patients. Il s'agit là encore d'une activité accessoire. Le premier, formé en Côte d'Ivoire, pratique depuis 1992. C'est lui qui consulterait le plus. Le deuxième, formé à la clinique de Laminou pendant 16 mois, exerce depuis mi 1993. Il aurait eu 10 à 12 nouveaux cas en décembre 1994. Le troisième est l'ancien secouriste de l'UVS "privatisée". Il a été formé comme secouriste en 1979. Trois ans plus tard, il est parti en Côte d'Ivoire. De retour fin 1994, il a repris ses activités de secouristes en étant présent les matins du lundi au vendredi au CCS ouvert entre-temps. La population lui a labouré six parcelles en rétribution. A côté, il consulte aussi à titre privé. Il aurait vu une vingtaine de personnes en décembre 1994, soit, si ce chiffre était confirmé, plus que le CCS. Il s'agit surtout de jeunes enfants. Il donne les médicaments au fur et à mesure, de sorte que les patients repassent habituellement plusieurs fois chez lui pour le même épisode. Il pratique beaucoup le crédit et ne laisse jamais repartir un malade sans commencer le traitement, même s'il n'a pas d'argent sur lui. La consultation est gratuite, mais il prélève une marge sur les médicaments vendus. Ceux-ci sont plus chers qu'au CCS, mais selon le maire de la commune beaucoup préfèrent aller chez le secouriste car il pratique le crédit.

Ces trois secouristes, tous originaires de Djegbé, constituent une rude concurrence pour les activités curatives du CCS. C'est même le seul exemple dans la sous-préfecture où le niveau de fréquentation global des privés est supérieur à celui du service de santé public local. L'infirmière du CCS affirme en décembre 1994 que "la moitié de mes consultants sont passés chez le secouriste le plus performant. Ils préfèrent aller chez les secouristes, qui sont de Djegbé et qui acceptent de faire crédit."

Sans tenir de services de santé, certains agents de santé à la retraite ou encore en fonction effectuent occasionnellement quelques consultations, à divers titres. Cela peut être un service gratuit rendu à un parent, un ami ou un voisin; un acte spécialisé payant, comme la circoncision;

ou encore de véritables consultations payantes au domicile de l'agent ou du malade. Ces dernières sont illicites si l'agent est encore en fonction. Durant ses vacances, un infirmier de l'hôpital Saint-Martin effectuait même des tournées de consultation dans les villages isolés, comme Toui PK, ce qui était d'ailleurs tout bénéfice pour les villageois, cet agent étant compétent. Ce qui n'est pas forcément le cas des aides-soignants de la fonction publique, dont certains "joueraient" aux docteurs en dehors de leur travail, offrant volontiers à la population ce que les centres de santé publics rechignent à lui donner: des injections.

Encouragés par la modicité des salaires, par certains exemples venant d'en haut et par la généralisation de la chasse aux compléments de salaire dans toute la fonction publique, certains agents de santé du secteur public pratiquent aussi à titre privé. Afin de maintenir un climat de confiance avec eux et pouvoir étudier l'essentiel de leurs activités, celles qui se déroulent dans le cadre de leur service, nous avons renoncé à enquêter sur ces activités parallèles. Tout laisse cependant à penser que le volume global des activités illicites pratiquées en dehors du service reste limité dans la sous-préfecture de Ouessè, ne serait-ce que parce qu'il existe aussi des possibilités de gains illicites durant le travail.

Il existe ou existerait encore des thérapeutes strictement itinérants, utilisant des médicaments modernes, tout particulièrement des produits injectables. Cette dernière catégorie de thérapeutes constituée d'infirmiers, de secouristes informels et d'hommes autoproclamés docteurs (pour la population, tous les acteurs pratiquant la médecine moderne sont des *doto*) se distingue des "infirmiers" privés consultant parfois sur appel au domicile des patients, voire faisant des tournées dans les villages environnants en quête de patients, par le caractère ponctuel et irrégulier de leur visite. Il s'agit d'"étrangers" de passage, Béninois ou Nigériens, sans attaches, du moins dans la sous-préfecture de Ouessè. Toutefois, ils bénéficient généralement de contacts dans les villages visités, qui les introduisent et parfois les hébergent temporairement. Ils ne bénéficient le plus souvent que d'une formation très sommaire. Les agents de santé du secteur public les surnomment les "piqueurs sauvages"¹, à cause des nombreuses injections qui feraient leur succès. Même si les agents de santé officiels en parlent beaucoup, de manière très générale toutefois, de telles visites sont cependant rares dans la sous-préfecture de Ouessè. Ce n'est qu'à Kilibo et à Yaoui que nous avons concrètement entendu parler d'"étrangers" passant épisodiquement avec des médicaments et soignant les malades qui le souhaitent. Les injections, en principe utilisées très restrictivement dans les services de santé publics, et les visites à domicile leur assureraient un bon succès, bien que leurs traitements soient souvent chers par rapport à ceux d'un dispensaire.

Deux caractéristiques réunissent la plupart des agents de santé modernes privés de la sous-préfecture de Ouessè. Premièrement, ils se livrent généralement à deux activités professionnelles: les soins de santé et l'agriculture (la couture dans un cas, sans parler de deux retraités de la fonction publique), avec souvent prédominance de cette dernière. En cela, ils se rapprochent des guérisseurs traditionnels, dont aucun n'est un professionnel exclusif de la santé, dans la sous-préfecture de Ouessè. Toute la difficulté pour les agents de santé modernes du secteur privé consiste à concilier ces deux activités, disjointes dans le temps et l'espace. Les champs sont à quelques kilomètres des villages et les "fermes" à une dizaine de kilomètres. En saison agricole, le propriétaire y réside souvent pour plusieurs jours d'affilée, ce qui est évidemment nuisible à la continuité des soins, alors que les services de santé publics concurrents sont ouverts en permanence (CSSP) ou cinq jours par semaine (CCS), avec la possibilité d'aller au domicile de l'infirmier en dehors des heures d'ouverture officielles. Les privés se rattrapent partiellement par une plus grande disponibilité le soir, après leur retour des champs, ce qui

¹ Certains utilisent aussi ce terme pour des thérapeutes locaux sans formation utilisant beaucoup les injections.

convient mieux aux besoins de la population, elle aussi accaparée par des tâches professionnelles durant la journée.

Deuxièmement, les agents de santé qui s'installent à leur compte dans la sous-préfecture de Ouessè sont presque tous familiers du "milieu". Ce qui constitue également une deuxième analogie avec les guérisseurs traditionnels, qui exercent dans le village où ils résident et où la plupart sont d'ailleurs nés. De même, la plupart des agents de santé privés ont ouvert leur cabinet dans leur village d'origine ou dans une localité où ils sont déjà connus pour avoir précédemment exercé dans le CSSP la desservant. Seule l'infirmière du cabinet d'Odougba est totalement extérieure à la sous-préfecture. Mais elle y connaissait des personnes qui l'ont introduite.

Tout comme pour les UVS, cette énumération de nombreux services de santé privés peut donner l'impression d'un réseau dense et dynamique de thérapeutes privés dans la sous-préfecture de Ouessè. Il n'en est rien. Si le nombre total de services privés est un peu plus important que celui des secteurs public et confessionnel, le nombre d'agents de santé impliqués y est nettement moindre et leur volume d'activité reste tout à fait marginal. A tel point que se pose la question de la viabilité d'un secteur sanitaire privé dans un milieu rural bien desservi par les secteurs public et confessionnel. Trois des services de santé cités ont déjà effectivement ou virtuellement fermé leurs portes. La plupart des autres ne sont pas ouverts en permanence. Cette activité thérapeutique constitue alors un revenu d'appoint.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le secteur moderne informel ne semble pas avoir trouvé sa place, peut-être parce qu'il se pose, d'un point de vue spatial en tous cas, plus dans une situation de concurrence que de complémentarité avec les services de santé publics. A l'exception notable de l'infirmière d'Odougba, tous les privés se sont établis dans des localités desservies par un CCS ou le CSSP, voire par d'autres privés. Leurs atouts sont l'accueil, souvent l'insertion dans les réseaux locaux et, parfois, la disponibilité et la souplesse des modalités de paiement. Par contre, ils n'apportent que peu ou rien en termes d'accessibilité, de compétence et de moyens techniques, si ce n'est le recours fréquent aux injections. De plus, ils sont souvent plus chers que les services de santé publics. En s'implantant dans les petits centres locaux, les privés visent donc les principaux clients d'un secteur public loin d'être surchargé. Ils ne contribuent ainsi guère à l'amélioration de la couverture sanitaire de la sous-préfecture et peinent à trouver une clientèle. Peut-être faudrait-il qu'ils prennent le risque de s'installer dans les quelques villages de taille moyenne éloignés de tout service de santé public?

L'agglomération d'Odougba constitue le meilleur site libre, de par sa taille (5'000 habitants) et son relatif éloignement d'un service de santé public (le CSSP de Ouessè, à 4 kilomètres). En outre, plus aucune UVS de cette commune n'est fonctionnelle. Quelques autres villages dépassent les 1'000 habitants selon le recensement de 1992, tout en étant à 4 kilomètres ou plus d'un service de santé moderne formel: Idadjo, Yaoui, Akpéro, Toui Gare, Toui PK et Ogoutédo. En tablant sur un taux d'utilisation de 30 % (300 nouveaux cas par an pour un village de 1'000 habitants) pour les soins curatifs – souvent les seuls que des privés soient capables d'offrir –, il semble peu probable que de tels services privés s'avèrent viables, du moins comme seule source de revenus. Les trois derniers villages cités dépassent largement les 1'000 habitants, mais il semble peu probable qu'un infirmier privé y parvienne à un taux d'utilisation de 30 %, parce que la population y est assez dispersée et surtout qu'elle est tournée vers l'hôpital Saint-Martin de Papané, rude concurrence pour un privé. La commune de Toui ne compte d'ailleurs aucun thérapeute moderne privé.

A la question de la viabilité se superpose celle de la fiabilité de ce secteur. Il est en effet partiellement constitué de thérapeutes sans formation formelle et de jeunes infirmiers inexpérimentés sortant tout juste des écoles. Ces thérapeutes ne bénéficient évidemment d'aucun contrôle, d'aucune formation continue formelle et quasi d'aucun accès à une littérature

spécialisée leur permettant de rester à jour. De plus, et cela est aussi valable pour ceux d'entre eux qui ont à la fois formation et expérience, leur volume d'activité très restreint ne leur permet pas de progresser, ni même de rester à niveau.

Les guérisseurs traditionnels ou tradipraticiens

Comme partout au Bénin, une partie des guérisseurs sont membres de l'Association nationale des praticiens de la médecine traditionnelle du Bénin, une partie sont localement considérés comme membres alors qu'ils ne le sont pas officiellement, puisque dépourvus de carte de légitimation et une dernière partie ne se sont pas intéressés à l'Association ou ont été recalés. L'Association est structurée selon le découpage administratif du pays: les membres de chaque commune constituent des associations locales, dont les délégués se réunissent périodiquement au niveau sous-préfectoral, sous la houlette d'un président pour la sous-préfecture, qui participe à un comité départemental, lui-même chapeauté par un comité national. Par exemple, le comité sous-préfectoral de Ouessè se réunissait quatre fois par an et les guérisseurs de la commune de Toui trois fois par mois, peu après la création de l'association dans la sous-préfecture, en 1987. Ces réunions se sont ensuite espacées, voire ont disparu à certains niveaux. Le prix de la carte d'admission est de 1'000 FCFA. Chaque membre devrait de plus payer une cotisation mensuelle. Dans les faits, il a souvent été impossible d'instaurer une telle cotisation, ou alors elle n'a plus été payée après quelques temps.

Une telle cotisation n'était pas ou plus versée dans la sous-préfecture de Ouessè en 1992 déjà. C'est ce manque de fonds au niveau des associations communales qui expliquerait, selon le président de l'association pour la sous-préfecture, que les délégations communales avaient de la peine à se rassembler, les déplacements étant coûteux. Lui-même s'était rendu plusieurs fois à Abomey par le passé, aux réunions départementales, tout en insistant sur les dépenses élevées qu'elles engendrent pour les participants. Ce manque d'argent constitue plutôt, à notre avis, la conséquence de la crise profonde que traverse l'Association, à tous les niveaux, crise d'ailleurs partagée par l'ensemble des guérisseurs traditionnels dans la sous-préfecture de Ouessè. On peut du reste émettre l'hypothèse que le succès du recrutement de membres pour l'association des guérisseurs de la sous-préfecture de Ouessè – il a fallu écarter des candidats jugés peu compétents – correspondait à une tentative des guérisseurs, en pleine perte de vitesse, de revitaliser leurs activités thérapeutiques en unissant leurs forces et en acquérant une nouvelle légitimité. Conférer un statut officiel aux guérisseurs qui en faisaient la demande présentait d'ailleurs le risque d'attirer surtout les moins reconnus d'entre eux, ceux qui avaient tout à gagner d'une telle reconnaissance. Selon un informateur qui connaît très bien le milieu des guérisseurs, sans en faire partie, tel n'est pas le cas dans la sous-préfecture de Ouessè où "ceux qui sont entrés dans l'association sont de grand gabarit".

Comment devient-on membre de l'association des guérisseurs de la sous-préfecture de Ouessè? Selon son président, le candidat doit en adresser la demande auprès de lui, et lui payer 6'000 FCFA. Le président réunit alors un comité d'experts constitué de guérisseurs de la sous-préfecture (ils reçoivent 4'000 FCFA pour leurs frais, auxquels il faut ajouter 2'000 FCFA de frais de taxi pour les prévenir). Le candidat est testé par ce comité, qui lui demande de citer les remèdes permettant de soigner telle ou telle maladie. Des compétences dans le traitement de quelques maladies sont suffisantes pour être admis, bien que la plupart des guérisseurs affirment pouvoir traiter la plupart des maladies. Le président de l'association de la commune de Challa Ogoï parle plutôt d'un test où les candidats doivent concrètement soigner trois malades (six, si le candidat est un "étranger"). Il y a eu trois échecs dans sa commune. Il en va de même dans la commune de Toui, où l'on observe les résultats du traitement après le délai que le candidat s'est fixé à l'avance. En plus de cet examen de ses compétences, le candidat doit encore accepter de se conformer au règlement intérieur de l'Association.

Toujours selon le président, bien que la plupart des guérisseurs de la sous-préfecture appartiennent à l'association¹, d'autres n'en sont pas membres, dont beaucoup seraient "sans conscience professionnelle" et "demanderaient cher pour les produits, sans suivre les résultats". Il reconnaît que personne n'a l'autorité pour interdire efficacement de telles pratiques et que l'on peut exercer la médecine traditionnelle sans être membre de l'Association. Le principal avantage d'y être affilié avancé par le président est que les membres ne peuvent plus être attaqués par les patients qui n'ont pas été guéris. Contrairement à ce qu'affirmait le responsable de l'Association au Ministère de la santé, le président de l'association au niveau de la sous-préfecture pense que la population sait qui a la carte de membre (le "certificat") et que sa possession attire les clients. Selon le secrétaire de l'association au niveau sous-préfectoral, il est important de disposer de cette carte pour travailler à l'extérieur. Elle apporte une caution, là où l'on n'est pas connu. Il existe aussi de nombreux guérisseurs qui, sans appartenir formellement à l'Association – ils n'ont pas demandé la carte car ils n'avaient pas les moyens selon eux ou plus vraisemblablement pas l'envie de la payer –, participent aux réunions des associations locales, dont ils sont membres de facto. Dans certaines communes, comme celle de Toui, les guérisseurs de l'association estiment que les "clandestins" sont plus nombreux que les membres. Dans cette commune, l'association aurait fait pression, vainement dans la plupart des cas, pour que les guérisseurs adhèrent tous à l'association, allant jusqu'à affirmer qu'un guérisseur ne doit plus exercer hors de l'association. Les "clandestins" de l'extérieur sont également mis sous pression, jusqu'à ce qu'ils quittent la région.

Il est difficile de se faire une idée précise du volume d'activité actuel des guérisseurs traditionnels. Certains ont en effet tendance à présenter leurs activités curatives de manière exagérément positive ou à décrire une époque révolue ou encore à énumérer les flux de patients, leurs propres déplacements... de sorte qu'ils paraissent constamment très demandés, alors qu'ils résument en fait toute leur "carrière" de thérapeute. Ainsi, le président de l'association affirme que des malades viennent de Cotonou, Parakou, Banté, Savalou... pour le consulter. Lui-même se déplacerait jusqu'à une ou deux semaines d'affilée pour visiter des malades à Parakou, Savalou et Banté. Ses patients lointains ne seraient pas des ressortissants de la sous-préfecture installés en ville, mais se recruteraient par le bouche à oreille. Certains malades resteraient plusieurs jours, jusqu'à trois mois, à son domicile pour suivre le traitement. Il aurait presque en permanence un ou deux malades "hospitalisés" chez lui et recevrait quotidiennement un à trois patients. Agriculteur, il était de plus en plus occupé par la médecine traditionnelle, ce qui contrariait ses activités agricoles. Maintenant qu'il est vieux, il tire son seul revenu de son activité thérapeutique, alors que tous les autres guérisseurs sont essentiellement agriculteurs.

A supposer qu'il n'ait pas été enjolivé, ce cas n'est pas ou plus représentatif de l'ensemble des autres guérisseurs de la sous-préfecture. Le président se définit d'ailleurs lui-même comme le plus compétent d'entre eux, ce qui pourrait expliquer une différence du volume d'activité. Les nombreux autres guérisseurs consultés s'accordent généralement pour reconnaître une très forte baisse de la demande, aussi bien pour eux que pour les devins. Les huit guérisseurs de l'association de Vossa ne reçoivent ensemble que quatre ou cinq cas par an. La bonne dizaine de guérisseurs du village restés hors association n'en voient pas davantage. Il en irait de même dans toute la commune de Gbanlin. Les guérisseurs attribuent cette quasi disparition de la demande à la forte concurrence introduite par "l'hôpital" (c'est-à-dire toute la médecine moderne professionnelle) et à la forte percée des nouvelles religions dans leur commune, qui, en dissuadant les fidèles de recourir à eux, leur "auraient presque porté le coup de grâce"².

¹ Nous désignons par "association", avec une minuscule, les sections communales et sous-préfectorales de l'Association nationale des guérisseurs.

² Si les religions récemment implantées dans la sous-préfecture comme l'Eglise du christianisme céleste, l'Union de la renaissance de l'homme en Christ ou l'Eglise des adventistes du septième jour sont farouchement opposées à l'utilisation

Le président de l'association de la commune de Challa Ogoï, dans la portion *nagot* de la sous-préfecture cette fois, brosse un tableau encore plus dramatique de la situation: "Lorsque l'association était dynamique, en gros de 1985 à 1990, on recevait 8 à 10 patients par mois pour l'ensemble de l'association. Actuellement, nous ne recevons plus que pour les gris-gris". Cette association communale est aujourd'hui dissoute et ses anciens membres ne traitent plus que leurs familles élargies¹. Son président, qui reçoit encore à titre individuel quelques malades du paludisme, a formé un de ses fils et envisage d'en former un deuxième, "pour éviter que tout ce savoir disparaisse". La baisse de dynamisme de cette association communale serait due, selon son président, au fait que "l'Etat les a oubliés; avant on recevait des cantines d'arachide, de maïs²... Les guérisseurs sont gourmands. Comme l'Etat les a abandonnés, ils ont arrêté". La reconnaissance officielle d'une partie des guérisseurs aurait-elle suscité des attentes qui, déçues, auraient accéléré leur déclin? De plus, l'érosion due aux conversions religieuses ne touche d'ailleurs pas que la clientèle. Selon un guérisseur, de nombreux guérisseurs ont par le passé cessé de pratiquer, lorsqu'ils se sont convertis au catholicisme. Lui même s'y est converti³, mais n'a pas renoncé pour autant à sa fonction de guérisseur. Pour la commune de Toui, le tableau est à peine meilleur. Par exemple, un de ses guérisseurs revendique en moyenne 5 patients par mois (aucun dans le mois parfois), un autre une vingtaine.

D'autres indices confirment le déclin du recours aux tradipraticiens. Après un long entretien sur la médecine traditionnelle et sur la manière de travailler de l'association locale des guérisseurs de Challa Ogoï, son président nous fit visiter la maisonnette que l'association avait érigée pour les consultations et le séjour des malades extérieurs: elle était totalement occupée par un énorme tas de cossettes d'ignames. Dans la même commune, les guérisseurs restés hors association seraient actuellement fuis par la population, suite au décès de quatre personnes traitées par eux.

Cause et/ou conséquence, cette perte d'influence des guérisseurs traditionnels semble s'accompagner d'une perte de la substance même des savoirs et pratiques médicaux. On nous a par exemple signalé le décès sans successeurs d'au moins deux spécialistes des morsures de serpents et d'un spécialiste des réductions de fractures. Désormais, les traumatisés de ces villages vont au CSSP de Ouessè⁴. Les guérisseurs ont expliqué cette absence de relève pour ces spécialistes par l'efficacité supérieure de l'hôpital en la matière⁵. Pour les morsures de serpents, elle résiderait selon eux dans la disponibilité immédiate de sérum, alors qu'il faut du temps au guérisseur pour rassembler les ingrédients nécessaires à un traitement confectionné au fur et à mesure des besoins⁶. De plus, l'un des guérisseurs est mort prématurément, avec des enfants

des guérisseurs traditionnels, beaucoup de membres d'autres églises chrétiennes et de musulmans sont aussi réticents à les fréquenter. A part bien sûr les adeptes du *vaoudoun*, les catholiques paraissent les plus conciliants à leur égard. Dans certains villages, on affirme que seuls les adeptes du *vaoudoun*, voire les "catholiques pas encore baptisés" y recourent encore. D'autres catholiques se refusent à fréquenter les guérisseurs ("je ne fréquente jamais les guérisseurs car avec mes recettes traditionnelles et celles des voisins, on en sait autant que les guérisseurs. De plus, le catholicisme s'oppose aux guérisseurs", dira un agriculteur de Ouessè). D'autres informateurs mettent cependant en garde contre les discours de façade, affirmant que, en cas de besoin, la religion ne constitue guère un obstacle à la consultation d'un guérisseur.

¹ Deux ans avant cet entretien, un autre guérisseur éminent de cette commune affirmait recevoir 12 à 13 visites par mois.

² Nous ignorons totalement à quoi ce guérisseur fait allusion. A notre connaissance, l'Etat n'a jamais rétribué les guérisseurs de l'Association, sous quelque forme que ce soit.

³ Comme nous nous étonnions de voir un petit autel à l'entrée de sa maison il avoua qu'il était aussi fétichiste. Plus que la plupart des autres religions présentes au Bénin, le catholicisme s'accommode d'un certain syncrétisme.

⁴ Mais dans la commune de Challa Ogoï, le président de l'association nous a affirmé qu'il existait encore des spécialistes des morsures de serpents et que les gens ne vont pas à l'hôpital pour ces cas.

⁵ L'affirmation péremptoire de Lachenmann, Holtkemper, Proksch [*et al.*] (1980) à propos de l'utilisation des guérisseurs dans le district de Bassila (Atacora) ne semble donc plus de mise aujourd'hui, du moins dans la sous-préfecture de Ouessè: "Le recours aux guérisseurs traditionnels est dû à leur capacité, qui n'est contestée par personne, de savoir guérir certaines maladies, comme par exemple des fractures, des entorses ou des morsures de serpent, mieux et moins cher que la médecine occidentale".

⁶ L'accès aisé aux médicaments dans les services de santé est d'ailleurs souvent évoquée comme l'une des principales causes du déclin général de la fréquentation des guérisseurs ("les gens préfèrent l'hôpital; chez le guérisseur, il t'envoie en brousse

encore trop jeunes pour être formés. Cet homme avait appris le “secret” de son père, chez qui tous les habitants de l’agglomération allaient en cas de morsure. Puis, un vrai hôpital a été ouvert à Ouessè, et ce guérisseur a perdu toute sa clientèle. “Maintenant tous vont à l’hôpital, sinon ça ne finit pas” dira sa mère. Les connaissances relatives à la réduction des fractures se seraient aussi perdues parce que, les cas de fractures étant très rares dans un village, la formation est difficile. Un certain niveau d’activité est donc nécessaire au maintien et à la transmission des savoirs et des pratiques. Il est à craindre que le volume actuel d’activité de la plupart des guérisseurs de la sous-préfecture de Ouessè se situe déjà au-dessous de ce plancher.

Le savoir des guérisseurs se transmet selon deux modalités. Certains disent avoir reçu ces compétences en héritage d’un proche parent. Il s’agirait alors bien d’un don. “Je ne l’ai pas appris comme une leçon”, dira le président de l’association pour la sous-préfecture. D’autres sont devenus guérisseurs par un long apprentissage auprès d’un guérisseur¹, souvent le père ou un parent. Houssou (1985) relève que la durée de l’apprentissage est le plus souvent indéfinie, car la formation est continue; fréquemment, les tradipraticiens considèrent la date du décès de leur principal initiateur comme le début de leur autonomie. Un guérisseur ne forme généralement qu’une ou deux personnes, habituellement un fils, “qui est poli, qui est dans les bonnes grâces”, “qui s’intéresse”. Si les enfants s’en montrent indignes, le guérisseur choisit parfois une autre personne “en récompense de bons services”. Un cas particulier d’apprentissage implique une personne malade qui consulte plusieurs guérisseurs et qui apprend en les questionnant, “contre un cadeau”. Houssou (1985) indique qu’à Cotonou le savoir des initiés s’achète de plus en plus fréquemment, ce qui était un sacrilège autrefois.

Au sein de l’association, les guérisseurs de la sous-préfecture de Ouessè s’échangent des recettes thérapeutiques. Certains guérisseurs se disent d’ailleurs très libéraux quant à la divulgation de leur savoir: ils donneraient leurs recettes à qui les veut. Ce genre d’affirmation doit toutefois être accepté avec la plus grande réserve. D’autres sont plus circonspects: ils donnent leurs recettes “aux gens de confiance” ou encore “aux guérisseurs amis”. D’autres parlent de “cadeaux” en contrepartie, même au sein des associations communales. Selon les guérisseurs de la commune de Laminou, il n’y aurait pas de problème de relève, beaucoup de jeunes s’intéressant encore à la médecine traditionnelle dans leurs familles. Une vieille femme *mahi* de l’agglomération de Ouessè, hors du milieu des guérisseurs, apporte un autre son de cloche: “Actuellement, aucun enfant ne s’intéresse à ces recettes, car il y a l’hôpital. Ils ne veulent plus sortir en brousse, invoquant les serpents...”

Le président de l’association sous-préfectorale se montre déçu de la collaboration actuelle avec les services de santé publics, qui irait à sens unique. Lors d’une réunion à Abomey avec des médecins, ces derniers auraient accepté de recourir aux services des guérisseurs pour certains cas. Or le président constate que le CSSP de Ouessè ne fait jamais appel à ses services ni à ceux de ses collègues. Tout au plus y conseillerait-on parfois (souvent, selon d’autres guérisseurs) d’aller voir un guérisseur, surtout en cas d’“attaque” et d’accouchement pénible, mais sans préciser qui. Le personnel de la maternité du CSSP affirme quant à lui qu’il ne renvoie jamais les femmes aux guérisseurs, même pour les cas de stérilité. D’ailleurs, les guérisseurs ne l’auraient jamais approché en ce sens. Le président de l’association sous-préfectorale affirme que les guérisseurs, au contraire, réfèrent certains cas aux médecins, mais assez rarement. En cas de hernie par exemple, ils donnent juste une poudre pour soulager, en attendant d’évacuer vers l’hôpital Saint-Martin de Papané. Les patients sont aussi référés en cas de blessure importante et de morsure de serpent (bien que notre informateur traitât de tels cas avant la création de l’hôpital). Selon d’autres informateurs toutefois, les guérisseurs ne réfèrent pas ou très

chercher les plantes”).

¹ Dans les faits, l’apprentis bénéficie souvent des compétences de plusieurs guérisseurs, car il arrive que leur maître fasse appel à des collègues quand il est dépassé par un cas.

difficilement leurs patients à un autre thérapeute, traditionnel ou moderne, car ils n'aiment pas s'avouer vaincus. Ils ne peuvent par contre pas refuser qu'un malade décide d'aller voir ailleurs. Le président de l'association souhaiterait rétablir l'ancienne collaboration qu'il entretenait avec le CSSP. Actuellement, les autorités ne s'intéresseraient plus autant qu'avant à la médecine traditionnelle: "Maintenant, avec la démocratisation, ce sont de nouveaux hommes, des jeunes".

Plusieurs agents de santé des services publics ont confirmé qu'il n'y a pas de collaboration directe entre eux et les guérisseurs et que les rares cas de référence vont à sens unique: des guérisseurs vers eux. Des guérisseurs leur envoient parfois des malades, mais seulement après avoir échoué dans leur tentative de les guérir. Ces patients arrivent donc souvent tardivement au service de santé public. Il arrive même que le guérisseur accompagne le malade dans certains dispensaires, "pour présenter le cas". Les infirmiers sont toutefois conscients qu'une partie des malades référés vers d'autres services de santé modernes vont plutôt consulter un guérisseur.

Selon le registre officiel de l'Association de guérisseurs tenu par le Ministère de la santé, la sous-préfecture de Ouessè comptait 38 tradipraticiens officiels à l'été 1992, soit 7,3 pour 10'000 habitants ou encore 1 pour 1'370 habitants, c'est-à-dire un niveau proche à la fois des moyennes départementale et nationale. Nous n'avons retrouvé que 28 tradipraticiens de la sous-préfecture de Ouessè dans le registre. Aucune femme ne semble y figurer (nous ne sommes pas certain du sexe de quelques personnes, apprécié à travers les prénoms). Les premières inscriptions remontaient au mois de juin 1989. En 1992, la moyenne d'âge de ces 28 guérisseurs était de 57 ans. Tous sont des agriculteurs. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes de disponibilité. L'un des guérisseurs nous dira par exemple qu'il est absent aux champs pour des semaines d'affilée. A Cotonou, la plupart des guérisseurs ont aussi une autre profession (HOUSSOU, 1985). Le village ou la commune de domicile ne figurent pas sur le registre. La majorité, si ce n'est la totalité des guérisseurs traditionnels de la sous-préfecture sont des adeptes du culte *vodun*.

Lors de son enregistrement, chaque guérisseur devait mentionner trois spécialités (en général), même si beaucoup se considèrent plutôt comme des généralistes (certains connaissent plus de 50 recettes), avec parfois quelques points forts. Voici la liste de toutes les spécialités différentes mentionnées par ces 28 guérisseurs: colique, accouchement difficile, fièvre, stérilité, accès pernicieux, morsure de serpent, règles douloureuses, ver de Guinée (dracunculose), boutons, maux de reins, empoisonnement, surmenage, envoûtement, ventre ballonné, fibrome, problèmes gynécologiques, maux de tête, myosites, hémorroïdes, gale, *manyen* (candidose digestive), lumbago, maux de ventre, vomissements et diarrhées, point de côté, paludisme, gros abcès, dermatose, stérilité, maux d'oreille, marasme, rougeole, retard de dentition, rhumatisme, enfllement (sic!), battement de coeur (sic!), vertiges, plaies aux pieds. On le voit, la diversité est grande: sur 83 réponses au total, 38 spécialités différentes sont mentionnées.

Très rares sont les tentatives de dresser des inventaires des guérisseurs traditionnels. Pour l'Afrique subsaharienne, mentionnons celle de Yehiya Maiga (1990), pour la cinquième région du Mali, d'Anyinam (1991), pour un district du Ghana, celle de Dauskardt (1990) en milieu urbain, à Johannesburg et celle de Fassin (1992), dans un quartier de Pikine, banlieue de Dakar. Quant à l'aire d'attraction des guérisseurs traditionnels, Kroeger (1983) affirme qu'elle a rarement été mesurée. L'a-t-elle jamais été? A notre connaissance, la littérature reste muette à ce sujet... et cette thèse n'apportera aucune contribution en ce sens. En recoupant les informations recueillies auprès de diverses sources (guérisseurs, agents de santé et chefs de villages), nous avons par contre pu obtenir une estimation du nombre de guérisseurs par village, sauf pour quelques-uns d'entre eux.

Au moins deux difficultés majeures se posent lorsque l'on tente un inventaire des guérisseurs traditionnels au Bénin. La première consiste à définir qui est ou n'est pas un

guérisseur, dans une société où la plupart des ménages pratiquent encore peu ou prou l'automédication à base de plantes médicinales qu'ils vont chercher et apprêtent eux-mêmes. Au niveau des connaissances et des pratiques, il n'existe donc pas de seuil clair séparant les profanes des spécialistes. Dans son inventaire à Pikine, Fassin a rencontré la même difficulté. Il relève

combien le savoir [thérapeutique] est partagé, diffus, omniprésent. (...) La question qu'on doit se poser à propos d'une personne n'est donc pas : possède-t-elle un savoir? mais plutôt : quel degré, c'est-à-dire quelle étendue, quelle profondeur, quelle spécialisation et quelle reconnaissance a-t-il dans le savoir? (1992).

La seconde difficulté consiste à savoir qui peut dire qui est guérisseur, puis à surmonter les difficultés soulevées par la réponse à cette question.

En fait, est guérisseur celui qui se dit guérisseur et qui est reconnu comme tel par les gens de son entourage, de son village, de sa région, qui viennent le consulter. La diversité des connaissances n'intervient pas dans cette définition, mais bien la publicité et la puissance de l'acte thérapeutique. Un chef de ménage connaissant de nombreuses recettes traditionnelles qui les emploie uniquement pour soigner sa famille ne se considère pas, et n'est pas considéré, comme un guérisseur. Par contre, ce sera le cas d'une personne ne sachant traiter que trois maladies, mais qui est consultée au-delà de sa famille pour cette compétence. D'autre part, c'est principalement au guérisseur lui-même qu'il appartient de se déclarer guérisseur. De sorte qu'il est difficile d'effectuer leur inventaire, puisque certains de nos interlocuteurs, tout particulièrement parmi les guérisseurs qui semblent pourtant a priori des informateurs privilégiés, refusent de se prononcer sur la qualité de guérisseur d'autres personnes (surtout si elles ne sont pas membres avec carte de l'Association): "Moi, je peux vous dire que je suis guérisseur. Quant à X, c'est lui seul qui peut vous le dire". Une troisième difficulté se dresse devant toute tentative d'établir un inventaire des guérisseurs: le refus de la plupart des femmes guérisseuses de se déclarer telles, de peur d'être accusées de sorcellerie. Ce refus est souvent si fort qu'il semblerait que beaucoup d'entre elles s'abstiennent de pratiquer publiquement, réservant leurs compétences à leur famille. Bien qu'elles aient largement le niveau de connaissance nécessaire pour devenir guérisseuses, ces femmes ne peuvent donc pas être considérées comme telles. Ces réticences expliquent en partie pourquoi l'Association des guérisseurs ne compte que 4,3 % de femmes au niveau national. Personnellement, nous n'avons jamais pu rencontrer de femmes qui se disaient guérisseuses. A Cotonou, Houssou (1985) avait tout de même 15 % de femmes dans son échantillon de tradipraticiens. Il découle de ces nombreuses difficultés que notre inventaire ne constitue qu'une approximation.

Au total, 217 guérisseurs ont été recensés dans la sous-préfecture de Ouessè, dont 153 (environ 70 %) considérés localement comme faisant partie de l'Association, bien que la plupart d'entre eux n'aient pas leur carte de membre (ils l'auraient demandée mais jamais reçue; ils auraient souhaité adhérer en bonne et due forme, mais ils n'avaient pas l'argent nécessaire...). Ainsi, la sous-préfecture de Ouessè disposait en 1995 d'environ 38 guérisseurs, tous statuts confondus, pour 10'000 habitants ou encore en moyenne d'un guérisseur pour 262 habitants, soit environ deux fois plus qu'au Mali, pour lequel le chiffre d'un guérisseur pour 500 habitants est avancé (BANNERMAN, BURTON et WE-CHIEH, 1983), mais nettement moins qu'à Pikine près de Dakar, où il y a environ un guérisseur ou marabout pour 100 habitants (Fassin, 1992). Selon ces chiffres approximatifs, il y aurait donc dans la sous-préfecture de Ouessè presque six fois plus de guérisseurs que ceux officiellement reconnus par l'Association, au niveau central. Ce qui montre bien la vanité de toute tentative d'estimer le nombre réel de guérisseurs à partir de la minorité d'entre eux qui a bien voulu et pu franchir avec succès toutes les étapes de l'enregistrement officiel.

La section sous-préfectorale de l'Association des guérisseurs ne compte apparemment aucune femme. Selon le président, les femmes seraient handicapées, car elles ne peuvent pas

aller aux champs pour y chercher les racines, écorces, feuilles... Il existerait pourtant dans la sous-préfecture des femmes, moins nombreuses que les hommes, qui savent guérir. Une épouse de guérisseur qui ne connaissait pas les secrets de son mari dira plus discrètement qu'elle ne "pouvait pas assister à la préparation des remèdes car c'est une affaire d'hommes", catégorisation qui renvoie à celle d'un autre interlocuteur: "La sorcellerie, c'est le domaine des femmes. Il s'agit souvent de femmes stériles aigries". L'épouse du guérisseur n'exclut toutefois pas la transmission de ces connaissances à une femme puisqu'elle pense que la première épouse, décédée, devait connaître le principal secret de son mari. Elle laisse de plus clairement entendre qu'un mari polygame peut difficilement initier une femme cadette, sans d'abord instruire son aînée, sous peine de grave jalousie.

Comme la montre la carte de la Figure 29, les guérisseurs sont très inégalement répartis entre les villages officiels ou les agglomérations de villages officiels de la sous-préfecture. Chaque village officiel dispose d'au moins un guérisseur, généralement de plusieurs. Le maximum absolu est enregistré pour l'agglomération de Ouessè avec 28 guérisseurs et devins, soit environ 20 guérisseurs pour 10'000 habitants, suivie par celle d'Odougba (24 guérisseurs ou 42 pour 10'000 habitants). Il est à relever qu'un village aussi isolé qu'Idadjo, dépourvu de tout service de santé à l'exception d'une UVS peu fonctionnelle, ne peut compter sur l'aide que d'un seul guérisseur "officiel". Mais selon les guérisseurs du village voisin de Vossa, les guérisseurs hors association seraient très nombreux à Idadjo, sans que l'on ait pu obtenir au moins un ordre de grandeur. De même, les villages de Kilibo Gare (environ 1'050 habitants en 1995) et de Toui Gare (2'650 habitants), peuplés essentiellement de colons agricoles allochtones, ne disposent respectivement que de 1 et 3 guérisseurs. Le village de colonisation agricole de Wokpa, au sud de Vossa, compte 3 guérisseurs, dont un "officiel". Sur la Figure 29, ils ont été réunis avec ceux de Vossa, village dont dépend Wokpa.

Le président d'une association communale de guérisseurs soutenait "qu'il y a beaucoup moins de guérisseurs maintenant qu'avant, car beaucoup sont morts. Avant, il était interdit d'être guérisseur¹. Alors on formait peu". Notons encore que ces guérisseurs autochtones ne constituent pas la totalité de l'offre en soins de santé traditionnels spécialisés. Certains malades font en effet venir des guérisseurs de l'extérieur de leur commune et même de la sous-préfecture. Ce qui fait dire aux guérisseurs de la commune de Toui que "parfois les malades considèrent plus les guérisseurs de l'extérieur que nous". Dans une certaine mesure, il semblerait que l'adage "nul n'est prophète en son pays" soit vérifié. Houssou (1985) rapporte que les guérisseurs ruraux sont plus appréciés à Cotonou que ceux des villes. Au Cameroun, les tradipraticiens sont souvent considérés comme des escrocs, des charlatans² en ville et comme des thérapeutes efficaces au village (HOURS, 1986). Il est possible que le recours à des guérisseurs extérieurs ne soit pas uniquement dicté par la recherche d'une efficacité thérapeutique maximale. Freund (1987) relève qu'en Zambie le patient n'est pas libre de passer d'un guérisseur à l'autre du village, car cela signifierait l'incompétence des guérisseurs délaissés et déboucherait sur des tensions au sein de la communauté villageoise. Les malades préfèrent alors souvent recourir à des guérisseurs itinérants ou d'autres villages. Il est impossible, pour la sous-préfecture de Ouessè, d'estimer le volume des patients des guérisseurs allochtones. Il devrait s'agir de cas isolés, au vu du très faible recours à un guérisseur extérieur pour les 1'335 itinéraires thérapeutiques étudiés plus loin (partie III, chap. 2h).

La sous-préfecture comptait autrefois un nombre indéterminé d'accoucheuses traditionnelles, reconnues par la communauté pour leur capacité à assister les femmes en couches. Ces femmes n'étaient pas des guérisseuses traditionnelles. Certaines considéraient le

¹ Nous ignorons s'il y a jamais eu au Bénin d'interdiction formelle de pratiquer la médecine traditionnelle.

² Ici, au sens usuel du terme, qui n'est pas celui en vigueur au Bénin, où il désigne, sans connotation péjorative, un devin. Ainsi, il existe dans les rues de certaines villes des panneaux publicitaires annonçant la présence de charlatans.

fait de savoir faire accoucher comme un don de Dieu. Tous les villages n'en possédaient pas forcément, surtout, semble-t-il, chez les *Nagot*, dont les femmes accouchaient souvent seules. Selon une ancienne accoucheuse traditionnelle *nagot* d'Akpéro, les femmes courageuses accouchaient seules et l'appelaient ensuite pour couper le cordon. Son rôle était d'aller à domicile, de déterminer le moment de l'accouchement, d'aider la femme à accoucher "si elle était peureuse", de couper le cordon, de laver l'enfant, de diagnostiquer d'éventuelles maladies du nouveau-né et de les soigner. Une vieille femme *nagot* d'Idouya affirme que les accouchements difficiles étaient rares. On appelait alors les "vieux", c'est-à-dire des hommes âgés et expérimentés du village, pas forcément de la famille. On a aussi vu ci-dessus que plusieurs guérisseurs traditionnels revendiquent des compétences pour les accouchements difficiles. Dans les villages *mahi*, les accoucheuses

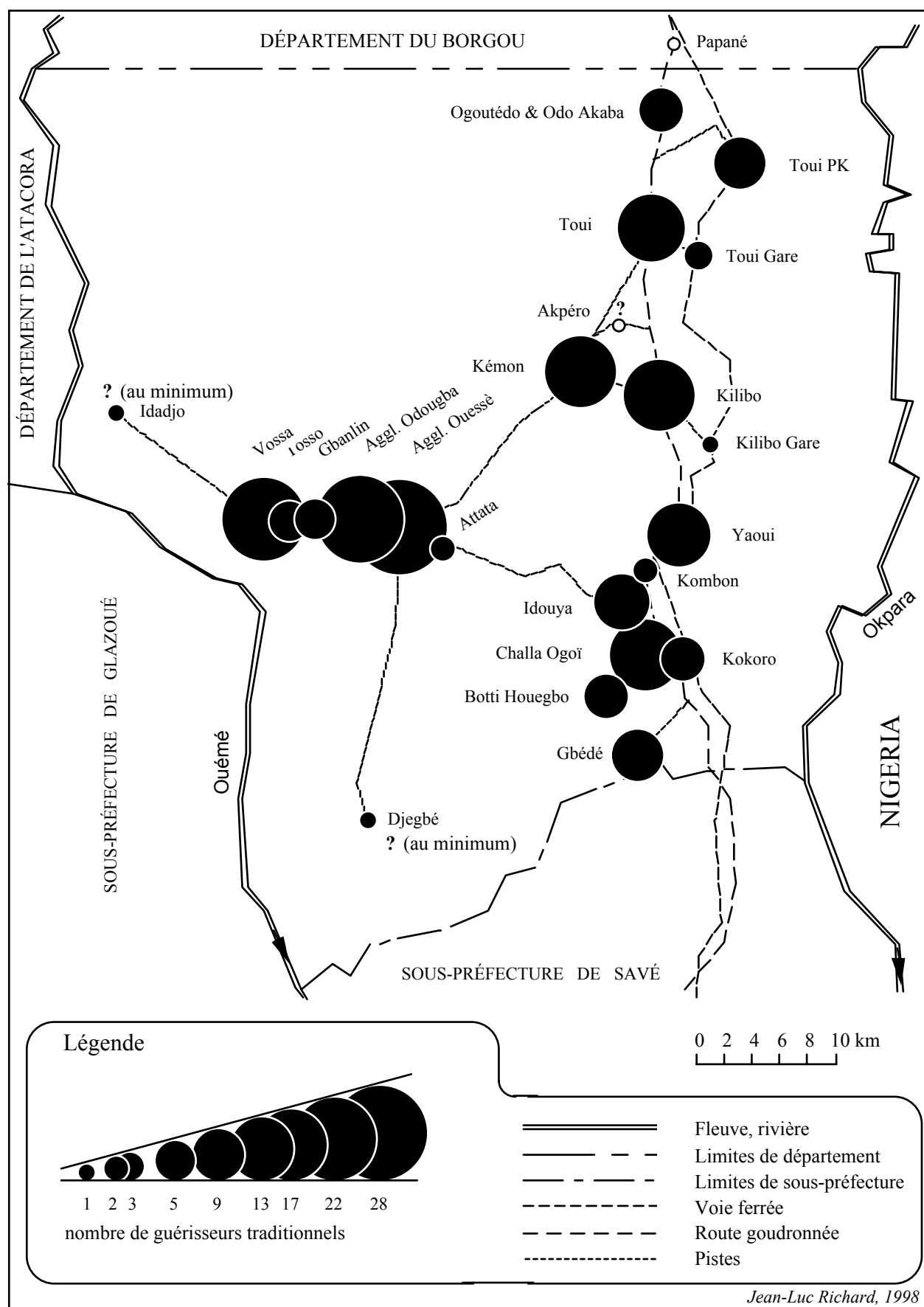


Figure 29

Nombre approximatif de guérisseurs traditionnels par localité de la sous-préfecture de Ouessé (source: enquêtes auprès des guérisseurs et des chefs de villages, de 1992 à 1995).

traditionnelles étaient généralement appelées avant l'accouchement et d'autres femmes étaient souvent présentes (belle-mère...). Dans ces derniers villages, on parle aussi de "vieilles" qui, sans être des accoucheuses traditionnelles, ont de l'expérience et peuvent aider les parturientes s'il n'y a pas d'accoucheuse traditionnelle ou si elle est absente.

A l'heure actuelle, il n'existe plus d'accoucheuses traditionnelles dans la sous-préfecture de Ouessè. Ou du moins elles ne sont plus utilisées. L'implantation des nouvelles religions chrétiennes aurait accéléré la baisse de fréquentation des matrones (accoucheuses) traditionnelles, au moins dans la moitié ouest de la sous-préfecture. Aujourd'hui, les femmes n'utilisent plus leurs services, préférant aller à la maternité ou à l'UVS. Par contre, bon nombre des matrones qui ont été formées pour les UVS et dont certaines pratiquent encore étaient des accoucheuses traditionnelles. Dans certains cas, la "disparition" des accoucheuses traditionnelles n'est que la résultante de leur transmutation en matrones modernes.

Les églises thérapeutiques

La sous-préfecture de Ouessè tout comme l'ensemble du Bénin (peut-être moins dans le Nord) est en pleine mutation religieuse. De très nombreuses sectes (nous utilisons ce terme selon son sens étymologique, sans la connotation parfois péjorative qui lui est associée) d'inspiration chrétienne, avec parfois de forts éléments syncrétiques, s'y créent ou s'y implantent, au détriment du catholicisme et du protestantisme et surtout de la religion traditionnelle. L'ouest de la sous-préfecture de Ouessè est particulièrement touché par ce phénomène. On y compte chaque année au mois une nouvelle église, toutes dénominations confondues.

Toutes les religions, y compris l'islam, interviennent peu ou prou dans le champ sanitaire, ne serait-ce qu'en demandant à leurs fidèles de prier pour tels frère ou soeur malades. Quelques-unes d'entre elles se caractérisent par contre largement par l'accent mis sur la guérison par la foi. Elles constituent de véritables églises thérapeutiques, qui ne se préoccupent pas uniquement du salut futur des âmes, mais aussi de la santé physique et sociale de ses membres. Ce pouvoir de guérison constitue d'ailleurs un des moyens privilégiés de recruter de nouveaux adeptes, puisque les personnes satisfaites du "traitement" reçu se convertissent souvent¹. L'archétype béninois de ces églises thérapeutiques est l'Eglise du christianisme céleste. Mais bien d'autres églises nouvelles, comme celle de l'Union de la renaissance de l'homme en Christ, relèvent de cette catégorie. Contrairement à la précédente plus syncrétique, cette dernière, qui peut être assimilée à une secte protestante intégriste, ne recherche la guérison qu'à travers la prière. Afin de combattre, avec succès, la forte érosion du nombre de ses fidèles en faveur d'églises plus chaleureuses, plus vivantes et surtout plus proches des préoccupations quotidiennes de la population, l'église catholique a introduit au Bénin le mouvement du renouveau charismatique, qui pratique également la guérison par la prière. Mais l'Eglise du christianisme céleste va beaucoup plus loin, en proposant des séances de divination pour élucider la nature du problème, puis des traitements, parfois de longue durée, qui s'assimilent à une hospitalisation à l'église.

Rendons visite à la paroisse de Ouessè de l'Eglise du christianisme céleste, près de Gbaffo, les hameaux *peul*. Nous sommes le dimanche 18 octobre 1992, jour de grande affluence, comme tous les dimanches. La paroisse de Ouessè, qui couvre tout l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè à l'exception de Djegbé possédant sa propre église, a été ouverte en 1987. Lors de notre visite, ses responsables revendiquent déjà environ 2'000 fidèles. A l'église, tous les "célestins" et "célestines" sont intégralement habillés de blanc et les cheveux des femmes toujours cachés sous une coiffe. Cette Eglise est fortement hiérarchisée. Les "visionnaires", eux-mêmes

¹ A Brazzaville, Dorier-Apprill (1995) voit aussi dans la santé un outil de prosélytisme pour de nombreux mouvements religieux, y compris pour les grandes Eglises.

hiérarchisés, ont reçu un don. Ils n'appartiennent pas forcément au sommet de la hiérarchie générale.

Les séances de divination occupent une place importante dans la vie de l'église. Elles constituent le préalable à toute activité thérapeutique puisque c'est à ce moment qu'est défini à la fois le problème de la personne qui souffre et son remède. La paroisse de Ouessè compte une dizaine de "visionnaires". Nous assistons un moment à une telle séance et nous nous y soumettons (expérience très peu concluante!). Le "patient", généralement un membre de l'Eglise mais pas forcément, est agenouillé en silence devant un ou une "visionnaire", souvent accompagné d'autres "visionnaires" et d'évangélistes. La personne en peine n'expose pas son problème. "Visionnaires" et évangélistes prient en silence. La vision vient pendant la prière. Le "visionnaire" indique alors, parfois sous forme d'un langage chanté, quel est le problème du patient (telle ou telle maladie, tel conflit avec telle personne...), puis le traitement à suivre. Son assistant note alors le traitement sur une feuille et la donne au "patient", comme une ordonnance. Le "visionnaire" voit aussi l'avenir et peut laisser un conseil: "Tu auras un problème de terres. Tu parles trop à gauche et à droite. Surveille ta langue et tes fréquentations". La séance de divination est gratuite, mais elle requiert l'achat de deux cierges (100 FCFA). Le traitement se fait par la prière, soit collective, soit en petits groupes, selon l'ordonnance. Elle peut s'effectuer "en ambulatoire" ou au contraire requérir un séjour de plusieurs jours dans l'église. Les prières sont souvent accompagnées d'absorption d'huile, de jus de citron, d'encens ou d'eau de mer sur lesquels on a prié au préalable.

En moyenne, une cinquantaine de personnes par semaine participeraient à ces séances de divination, selon le responsable de la paroisse de Ouessè. Il y aurait un pic durant la saison des pluies, périodes pendant laquelle il y aurait le plus d'ensorcellements, tout particulièrement pendant les cérémonies des ignames nouvelles. De nombreux consultants viendraient de la commune voisine d'Odougba, où la sorcellerie sévirait fréquemment. Le même responsable affirme que les cas de morsures de serpents et les maladies naturelles, c'est-à-dire non provoquées par un ensorcellement (mais il précise que "la rougeole peut être envoyée") sont référés à l'hôpital. Ce serait l'Union de la renaissance de l'homme en Christ, une dissidence du Christianisme céleste selon le responsable de cette dernière, qui n'enverrait jamais ses membres à l'hôpital. Tout en contre-attaquant, le responsable faisait ainsi directement allusion à une rumeur solidement établie au Bénin: les fidèles de l'Eglise du christianisme céleste devraient se soigner uniquement par la prière, au sein de leur église, quel que soit le type de problèmes. Des rumeurs circulaient dans la région de Ouessè au sujet de deux personnes décédées à la suite d'un traitement dans une église pour morsures de serpents. Les agents de santé se plaignent également de malades qu'on leur amène à la dernière extrémité, après un long traitement dans une église. En tous cas, tous s'accordent sur le fait que les membres de l'Eglise du christianisme céleste ne consultent jamais les devins et les guérisseurs, tenus pour des concurrents directs. Considérée comme un prolongement de la médecine traditionnelle, l'automédication à base de plantes médicinales serait également délaissée par la plupart des membres de cette Eglise. Notre enquête domiciliaire sur les itinéraires thérapeutiques permettra de savoir si les membres de ce type d'Eglises ont effectivement un comportement thérapeutique qui se démarque de celui des autres habitants de la sous-préfecture.

Les Béninois ont une vision plutôt utilitaire de la religion. Ils attendent d'elle qu'elle les aide efficacement à résoudre leurs problèmes quotidiens, dont les problèmes de santé, de sécurité et de relations interpersonnelles. Si leur religion ne leur apporte pas le réconfort souhaité et qu'une autre se montre plus efficace en la matière, ils n'hésitent pas à en changer. La hantise des envoûtements, liés au monde traditionnel, pousse beaucoup d'habitants de la sous-préfecture vers les nouvelles Eglises, qui, en s'affichant comme les ennemis jurés de tout ce qui relève des pratiques traditionnelles, s'érigent comme un refuge protecteur. En se positionnant comme de

puissants contre-sorciers, certaines de ces Eglises s'inscrivent paradoxalement dans une logique traditionnelle et adoptent des pratiques formellement très proches de celles qu'elles condamnent. Comment en effet ne pas mettre en parallèle le devin avec le "visionnaire", le guérisseur et le féticheur avec l'évangéliste et les fidèles priant pour la santé d'un malade, les plantes médicinales et les incantations avec l'huile, le jus de citron, l'encens et l'eau de mer sur lesquels ont précédemment prié? Une partie des sectes nouvellement implantées dans la sous-préfecture de Ouessè doivent donc être considérées comme syncrétiques, même si leurs dirigeants rejetteraient sans doute énergiquement ce qualificatif. Ce syncrétisme explique sans doute une partie de leur succès, puisque sous une apparence de rupture totale avec la religion traditionnelle, ces sectes s'inscrivent partiellement dans leur continuité.

Commerce formel et informel de médicaments

Contrairement à ce que l'on observe sur les grands marchés urbains du Sud, aucun marché de la sous-préfecture de Ouessè ne compte de vendeuses de produits phytothérapeutiques. La population y semble encore trop proche des champs et de la brousse et encore trop imprégnée de savoir botanique et phytothérapeutique pour qu'un tel marché puisse s'y développer. Pourquoi aller acheter ce que l'on peut assez facilement trouver soi-même en "libre-service"?

Seule une femme, connue dans tout l'ouest de la sous-préfecture, commercialisait à son domicile et sur le marché de Ouessè quelques plantes médicinales, sur un modeste étal. Cette femme s'était initiée à la phytothérapie avec son père, guérisseur traditionnel. Elle-même guérisseuse, elle savait utiliser toutes les herbes qu'elle vendait. Elle officiait donc tantôt comme *amassisato* seulement (littéralement "vendeuse d'herbes" en *fon*) en approvisionnant des particuliers et des guérisseurs qui avaient des demandes précises, tantôt à la fois comme *amawato* (guérisseur) et *amassisato*. La majorité de ses clients s'adressaient directement à elle, sans passer au préalable par un guérisseur. Elle écumait la brousse de toute la sous-préfecture à la recherche des plantes. Elle déplorait – et d'autres avec elle – que les jeunes ne connaissent plus le nom des plantes et ne savent plus les reconnaître, les parents ne dispensant plus cet enseignement. Bien que ses enfants fussent encore sortir en brousse pour récolter les plantes médicinales, elle ne les considérait pas vraiment comme des apprentis susceptibles de la remplacer un jour, d'autant plus qu'elle n'avait que des garçons et que "cela serait actuellement honteux pour eux de sortir en brousse".

Elle affirmait que le nombre de maladies avait augmenté et qu'elle vendait davantage maintenant (en 1992), que vingt ans plus tôt, et cela aussi bien en volume qu'en diversité des espèces commercialisées (de 10 autrefois à 30 actuellement). Elle ne souffrait ni de la concurrence du CSSP ni de celle des médicaments importés du Nigeria, qu'elle jugeait complémentaires: "Tous ne sont pas guéris par la même chose". Elle était même favorable aux combinaisons de thérapies. Elle vendait toutes ses bottes d'herbe à 10 FCFA l'unité, un traitement nécessitant généralement deux ou trois bottes d'essences différentes. L'automédication à partir de ses produits revenait donc à un prix dérisoire, inférieur même à celui de l'automédication moderne à partir des médicaments du marché. Elle ne majorait pas ses prix lorsqu'elle faisait intervenir ses compétences de guérisseuse pour prescrire. Elle recevait au maximum dix clients par jour chez elle, mais nettement moins en saison des pluies, car les gens sont alors aux champs. Sa recette pour une journée passée au marché restait modeste: de 0 à 400 FCFA. Cette herboriste doublée d'une guérisseuse est décédée en 1993, sans que personne ne reprenne, semble-t-il, ce commerce.

Toute autre se présente l'offre en médicaments modernes. Les points de vente de comprimés, gélules, onguents, sirops, baumes et même ampoules injectables sont nombreux. Ici

encore, ils relèvent de deux grands types, le commerce formel et le commerce informel, eux-mêmes subdivisés en plusieurs catégories.

Les dépôts pharmaceutiques

Si l'on excepte les services de santé qui n'approvisionnent que leurs patients, la sous-préfecture de Ouessè n'abrite que deux points de vente formels de médicaments, parfois délivrés sur ordonnance: les dépôts pharmaceutiques de Ouessè et de Kilibo. Mieux achalandées et apportant les conseils d'un pharmacien, les premières véritables pharmacies se trouvent à Parakou, à plus de 100 kilomètres de Ouessè.

Les dépôts pharmaceutiques sont des points de vente de médicaments offrant un assortiment limité (par exemple 350 produits ou conditionnements différents pour celui de Ouessè), vendu par des personnes ayant suivi un stage d'au moins trois mois, avec examens de sortie. Ces commerçants savent donc conseiller un médicament, pour les problèmes de santé simples. Selon le responsable du dépôt de Ouessè, le gros de ses ventes s'effectue sur ordonnance, émanant alors surtout de la clinique de Laminou et du cabinet de soins infirmiers de Botti (ces deux services ont depuis fermé leurs portes!). Ces deux privés limitaient toutefois leurs ordonnances au strict minimum, préférant vendre leurs propres médicaments. Le dépôt pharmaceutique recevait très rarement des clients munis d'une ordonnance du CSSP de Ouessè ou des deux CCS de l'ouest de la sous-préfecture et plus rarement encore de l'hôpital Saint-Martin de Papané. Les agents de santé publics confirment d'ailleurs qu'ils n'établissent que très rarement des ordonnances (vitamines, collyres, biogaz, baume de massage...).

Le dépôt pharmaceutique de Ouessè, bien situé en bordure du marché et près de l'autogare, a été ouvert en 1987. Il est tenu par un jeune homme qui a bénéficié d'un apprentissage de trois ans. Il a vu ses ventes chuter avec l'introduction des médicaments essentiels dans les services de santé publics, au début des années 1990. Les vendeuses du marché, offrant également des médicaments d'usage courant à très bas prix (*aspirine*, *Paracétamol*, *Nivaquine*...), constituent aussi de sérieuses concurrentes. Les dépôts pharmaceutiques de la sous-préfecture se sont donc de fait spécialisés sur des créneaux délaissés par les services de santé publics: les vitamines, de préférence injectables, les fortifiants, les sédatifs (pour les enfants!). En 1992, les ampoules de vitamines les moins chères coûtaient 1'500 FCFA pour 18 doses. La boîte de 100 comprimés de *Nivaquine* coûtait 1'580 FCFA. La *Nivaquine* était très peu achetée, les gens préférant s'approvisionner sur le marché ou à l'hôpital, moins chers, même en y ajoutant le prix de la consultation pour ce dernier. Ce dépôt pharmaceutique s'approvisionne via une pharmacie de Cotonou, qui passe commande en France, d'où un délai d'au moins trois semaines. Faute d'un roulement suffisant, le dépôt perd beaucoup d'argent en devant jeter des médicaments périmés. Étonnamment, le tenancier du dépôt déclare ne pas avoir plus de clients le jeudi, jour du marché hebdomadaire à Ouessè. Les ventes sont maximales pendant la saison agricole, ce qui correspond bien au type de médicaments les plus vendus: vitamines et fortifiants.

Le dépôt pharmaceutique de Kilibo dispose de plus d'une centaine de médicaments. Il est tenu par une jeune femme, qui sait un peu conseiller les clients et les renvoie aux deux infirmiers de la place lorsque cela la dépasse. Les affaires y sont encore moins florissantes qu'au dépôt de Ouessè. Le dépôt de Kilibo bénéficie de quelques ordonnances de l'infirmier et de la sage-femme du CCS local et d'un infirmier privé. Peu de médicaments se démarquent vraiment du lot par le niveau de leur vente. Il se vend très peu de médicaments d'usage courant, pour les mêmes raisons qu'à Ouessè. En insistant un peu, elle nous cite les sirops sédatifs pour les enfants et les sirops vitaminés pour les bébés comme médicaments les plus vendus. Par contre, les produits injectables sont peu demandés. Le dépôt pharmaceutique de Kilibo semble donc largement ouvert sur une clientèle très jeune, alors que celui de Ouessè approvisionne surtout des hommes

adultes. Selon la responsable du dépôt, les malades ne le fréquenteraient que lorsque leur cas est grave. S'il est peu grave, ils se contentent de l'automédication traditionnelle et moderne à partir des comprimés du marché; s'il est très grave, ils vont à l'hôpital Saint-Martin de Papané.

Les dépôts pharmaceutiques ne sont pas autorisés à s'approvisionner directement auprès d'un grossiste. Ils doivent obligatoirement s'adresser à une officine (dont ils restent indépendants). Le dépôt de Kilibo s'approvisionne à la pharmacie de Dantokpa, à Cotonou. La commande est livrée en une semaine, par train.

Les vendeurs informels de médicaments

Au Bénin, le marché informel des médicaments (modernes) est principalement tenu par des femmes pour le marché de détail et par les hommes pour le marché de demi-gros. Ce marché est essentiellement alimenté par des importations frauduleuses en provenance du Nigeria. La fraude douanière et le taux de change avantageux avec la naira nigériane permettent d'en abaisser le prix au maximum. La longueur de la frontière commune et l'intensité du trafic débouchent sur une offre partout abondante. Les médicaments proviennent du Nigeria même, du Togo, d'Europe, notamment de France, et d'Asie (Inde, Indonésie...). Une petite partie d'entre eux sont fabriqués au Bénin (Pharmaquick). Il n'y a pas d'importation directe et officielle pour alimenter ce marché, car ce mode d'approvisionnement revient trop cher.

Dans chaque village ou presque de la sous-préfecture de Ouessè on trouve une ou quelques femmes faisant commerce de médicaments. Plusieurs stratégies de vente existent, parfois pratiquées par les même personnes. Certaines vendeuses tiennent un étal permanent sur les plus gros marchés, principalement celui de Ouessè. Elles s'installent alors le matin vers 8 heures et demie et quittent peu après la tombée de la nuit, vers 19 heures. D'autres ne sont présentes sur le marché de leur lieu de domicile que le jour du grand marché hebdomadaire et sont itinérantes le reste du temps. D'autres encore ne vendent des médicaments qu'à temps partiel, à côté d'autres activités. Elles ne fréquentent alors le marché de leur village que le jour du marché, vendant leur marchandise à leur domicile, même la nuit, les autres jours. Certaines d'entre elles font également des tournées de porte en porte, dans leur village et parfois aussi dans d'autres villages voisins. D'autres encore, habitant des villages sans marché, viennent s'approvisionner en médicaments sur les grands marchés de la sous-préfecture (Ouessè et Kilibo surtout) et les revendent à leur domicile. Le choix est alors plus limité et les prix sont un peu plus élevés que sur les marchés. Le grand marché du jeudi à Ouessè attire des vendeuses et des vendeurs professionnels venant de l'extérieur pour l'occasion: autres villages de la sous-préfecture, Parakou, Tchaourou et Savé. Selon une vendeuse de la place, aucun vendeur de médicaments ne viendrait du Nigeria, car il faut la confiance de la clientèle et savoir comment traverser la frontière. Par contre, plusieurs vendeuses de Porto-Novo, qui se connaissaient déjà dans cette ville, se sont installées vers 1990 à Ouessè, devant leur peu de réussite dans leur ville d'origine. Il existe aussi quelques vendeurs de médicaments, mais les hommes sont très peu présents sur les marchés de la région: ils passent de village en village avec leur sac de médicaments, se déplaçant souvent à moto. Ils y approvisionnent aussi bien les particuliers que des micro-détaillantes.

Exposés au soleil, à la chaleur, à l'humidité et à la poussière, tous les types de médicaments (voir Tableau 15 pour un inventaire) sont en vente libre, alignés dans leur emballage ou en vrac (sachets en plastique transparent, sans la moindre inscription, contenant plusieurs centaines de comprimés) sur les étals des vendeuses. Quelques-unes proposent aussi, de manière plus discrète, des ampoules injectables. Les médicaments emballés en vrac sont toutefois soigneusement triés. Il n'existe pas dans la sous-préfecture de Ouessè, comme dans d'autres régions d'Afrique, de bassines remplies en vrac de comprimés et gélules de toutes tailles, formes et couleurs.

Bien qu'interdite par la loi¹, cette activité se déroule au grand jour. Plus encore qu'au Sénégal (FASSIN, 1985), elle est tolérée, du moins sa partie visible constituée par la vente. Les marchés ont un caractère quasi sacré, en raison des cultes traditionnels qui s'y déroulent régulièrement, de jour comme de nuit. Surtout en milieu rural, il est formellement interdit à quiconque de troubler la quiétude du marché. Les forces de l'ordre n'y interviennent donc pas pour y effectuer des rafles (AGOSSOU, 1997).

Le trafic transfrontalier de médicaments est par contre poursuivi. Le passage de la frontière s'effectue généralement de nuit. Certains chauffeurs de taxis refusent d'embarquer les vendeuses avec leurs médicaments. Il est parfois nécessaire de confier ses médicaments à un *zémidjan* (taxi moto), plus discret, et de rentrer en taxi. A l'approche des grandes fêtes les douaniers sont sur la frontière, jour et nuit, surtout les mercredis, veille du marché de Ouessè: "Ils cherchent de l'argent". Si les douaniers attrapent une vendeuse de médicaments qui se livre au trafic, sa marchandise est séquestrée et elle est convoquée à Savé, à la direction régionale des douanes. "Si tu as acheté pour 200'000 FCFA, ils demandent 500'000 FCFA ou de laisser les médicaments. Cela a toujours été comme ça avec les douaniers". Une autre vendeuse parle d'une taxe de 3'500 à 5'000 FCFA pour le passage officiel d'un petit carton de médicaments et d'une amende de 20'000 FCFA ou de la saisie si la fraude a échoué. De même, le transport des médicaments des villes du Sud vers la sous-préfecture de Ouessè doit s'entourer de précautions. Il peut y avoir des contrôles volants de douane. Mais les barrages de gendarmes constituent le risque principal. Tout leur fournit un bon prétexte pour soutirer quelque argent (ils ne sont pas habilités à prélever les droits de douane) aux passagers des taxis qu'ils "contrôlent" à longueur de journée². Les vendeurs préfèrent souvent utiliser le train, moins contrôlé, pour ramener des médicaments dans la sous-préfecture.

La qualification de toutes ces catégories de vendeuses est généralement très faible. Beaucoup sont analphabètes. Leur maigre savoir sur les indications et la posologie a été appris auprès de leurs mères, auprès des "pharmaciens" qui les approvisionnent ou glané de-ci de là, au gré de conversations, parfois avec des agents de santé, ou encore sur les emballages et les notices (quand il y en a!) pour les lettrés. Aux heures de faible affluence, il n'est pas rare que l'étal soit laissé sous la surveillance d'une très jeune soeur, au mieux au courant des prix. Certaines vendeuses ignorent l'indication et a fortiori la posologie d'une partie des médicaments qu'elles vendent. Ou encore elles proposent des indications erronées. D'autres affirment les connaître et communiquer la posologie seulement à leurs clients "qui ne sont pas encore habitués à ces produits". Ces vendeuses ne sont donc dans l'ensemble pas de bon conseil. Comme l'a aussi relevé Fassin à Pikine près de Dakar (1992), les vendeuses de médicaments sont plus des marchandes que des soignantes: elles conseillent rarement. Ce qui ne constitue pas un réel handicap, puisqu'on ne leur demande généralement pas conseil. Habituellement le client demande précisément telle quantité de tel ou tel médicament, voire de telle ou telle marque, pour les principes actifs commercialisés sous de nombreux noms. Comme le précise une vendeuse, "ces médicaments sont là depuis plus de vingt ans; les gens les connaissent et ils savent souvent quelle marque leur convient le mieux". Les médicaments sont entrés dans les habitudes depuis longtemps et, actuellement, il n'est pour ainsi dire pas de ménage qui ne pratique l'automédication de type moderne, avec toute l'accumulation de savoir empirique – mais aussi d'erreurs – que cela implique. La demande envers le secteur pharmaceutique formel n'est d'ailleurs guère différente. Selon une enquête nationale sur la nature et le prix des achats dans

¹ AGOSSOU (1997) précise toutefois que "le cadre juridique existant est donc incomplet, contradictoire et non applicable". Il observe par exemple que pour pouvoir être importés, les médicaments doivent être enregistrés auprès de la Commission d'experts de la direction de la pharmacie et des laboratoires. Or cette commission manque cruellement de personnel, se réunit rarement et ne dispose pas de directives claires sur les critères d'enregistrement. De plus l'inspection n'est pas systématique et se fait sur demande; il n'y a pas de structure nationale de contrôle de la qualité des médicaments.

² Les chauffeurs de taxis doivent aussi payer systématiquement une taxe "occulte".

les pharmacies béninoises réalisée fin 1987 et début 1988, le choix des médicaments achetés sans ordonnance reposait dans environ 46 % des cas sur les connaissances personnelles de l'acheteur, dans 22 % sur des conseils de voisins ou de parents, dans 35 % des cas sur les conseils de membres du corps médical ou paramédical et dans seulement 5 % des cas sur les conseils de pharmaciens ou des vendeurs de médicaments (SODOGANDJI, 1990).

Des vendeuses affirment cependant observer certaines précautions. Par exemple, ne donner que de l'aspirine aux femmes enceintes et les renvoyer aux sages-femmes pour le reste. Ou encore conseiller à un client d'aller voir un infirmier si le premier traitement prescrit pour des maux de ventre reste inefficace. Elles conseillent également de ne pas consommer d'huile rouge (de palme) ou d'oeufs avec certains médicaments. Ce genre d'affirmations constituent probablement des précautions oratoires à l'adresse du chercheur, tant il est vrai que ce n'est souvent pas le malade lui-même qui vient acheter les médicaments et que ces derniers sont le plus souvent cédés sans que la vendeuse sache à qui et à quel usage ils sont destinés.

La plupart des femmes qui vendent des médicaments sur le marché s'approvisionnent dans les grandes villes du Sud, principalement à Cotonou, au marché de Dantokpa, et à Porto-Novo, auprès de pharmacies et de revendeurs. Une partie d'entre elles vont aussi s'approvisionner directement au Nigeria, à Ibadan notamment. Toutes affirment veiller à la date de péremption des médicaments lors de l'achat. L'une d'entre elle précise qu'elle n'achète pas si le délai de péremption est inférieur à un an. Comme parmi leur clientèle il y a des "intellectuels" attentifs à la date de péremption, elles sont obligées d'y veiller. De plus, le manque de liquidité les empêche d'acheter de grandes quantités à la fois. Or certains médicaments s'épuisent très vite et "il ne faut pas décevoir la clientèle, qui sinon se détourne". Elles doivent donc renouveler souvent leurs stocks, environ une fois par mois, ce qui limite le risque d'offrir des produits périmés. De fait, nous n'avons jamais vu de médicaments périmés sur le marché de Ouessè, du moins pour les médicaments vendus en boîtes ou en plaquettes, qui seuls permettent ce type de contrôle.

La quasi totalité des médicaments vendus par les vendeurs informels, que ce soit sur les marchés ou au porte à porte, sont importés. Selon certaines sources, une petite partie d'entre eux seraient des médicaments essentiels détournés des services de santé publics, voire de la centrale d'achat des médicaments essentiels à Cotonou. Ce marché a donc lui aussi été largement affecté par la dévaluation du FCFA de janvier 1994. Le prix des médicaments achetés en gros (toutes proportions gardées) au Nigeria par les revendeuses a en moyenne doublé, mais avec des variations d'un médicament à l'autre. Selon une autre vendeuse qui préfère s'approvisionner à Cotonou, l'aspirine coûtait 3'000 FCFA les 1'000 avant la dévaluation et 6'500 FCFA en 1995. Ces prix sont respectivement de 2'800 et 4'700 FCFA pour 1'000 comprimés de *Nivaquine*, de 50 et 125 FCFA pour 10 gélules de tétracycline, de 200 et 250 FCFA pour une plaquette de pilules contraceptives, de 1'000 et 1'600 FCFA pour 12 plaquettes de 24 comprimés de *Paracétamol*.

Avec la dévaluation, ce n'est pas seulement le prix d'achat en FCFA des médicaments auprès des grossistes du Nigeria ou de Cotonou qui a augmenté, mais aussi leur coût d'acquisition, notamment le prix du transport. Pour se rendre en taxi à Ibadan (aller et retour, sans passer par la douane), il fallait compter 4'000 FCFA avant la dévaluation, contre 12'000 FCFA après. Ce qui n'empêche pas l'une de nos informatrices de continuer à s'approvisionner exclusivement dans cette ville.

Ces augmentations ont évidemment été reportées sur le consommateur final. Cependant, comme le montrent des inventaires effectués avant et après la dévaluation auprès de commerçantes de la commune de Ouessè, les prix de cession au détail sur les marchés sont loin d'avoir doublé (cf. Tableau 15). Cela s'explique par une compression de la marge bénéficiaire à

tous les niveaux – “sinon les gens n’achètent plus”, comme l’a dit une vendeuse. Cela a aussi été relevé en Côte d’Ivoire pour les filières officielles de vente de médicaments à travers les pharmacies (GUESSAN BI et PORTAL, 1994). La dévaluation n’a pas entraîné de modification dans l’assortiment des médicaments proposés. Il n’y a pas eu de tentative ou de possibilité de remplacer certains médicaments chers par des équivalents meilleur marché.

Les vendeuses n’ont guère plus de liquidités qu’avant la dévaluation pour renouveler leurs stocks. Elles achètent donc moins de médicaments qu’auparavant à chaque course. Avant la dévaluation, l’une des vendeuses travaillant sur le marché de Ouessè achetait pour 300’000 à 400’000 FCFA par course, à Ibadan, où elle se rendait une dizaine de fois par an. Après la

Tableau 15 Inventaire (non exhaustif) des médicaments disponibles sur le marché de Ouessè et évolution de leurs prix avec la dévaluation du FCFA (divers inventaire auprès des vendeuses, de 1992 à 1995).

Nom	Dosage (mg)	N (cp ou ml)	Avant déval.		Après dévaluation			Lieu de fabrication	Indication locale	Indication médicale
			Prix FCFA	Prix unitaire	Prix FCFA	Prix unitaire	Δ %			
Antiworm		1 fl. 30 ml			250	250.0				
Ampicillin	250	10	150	15.0	250	25.0	66.7	Nigeria		antibiotique
Ampicillin	250	10			300	30.0		Bulgarie		antibiotique
Asmanol-F (salbutamol sulphate)		2			25	12.5		Nigeria	toux	
Aspirine	300	20	90	4.5	100	5.0	11.1	Nigeria	refroidissement des enfants	analgésique
Aspirine	500	20	100	5.0	150	7.5	50.0			analgésique
Aspirine "des petits"		20			100	5.0				analgésique
Alagbin (aspirine)	500	4	25	6.3						analgésique
Aspro (aspirine)	320	2	25	12.5					comme asp. mais plus puissant	analgésique
Cafenol (aspirine)					2	25	12.5			analgésique
Drastin Aspirin	300	100			400	4.0		Nigeria		analgésique
Pengo (Aspirine)	500	4	25	6.3						analgésique
Phensic Aspirin	100	1	5	5.0						analgésique
Phensic Aspirin	300	60			400	6.7	33.3	Nigeria		analgésique
Bicarbonate de sodium		1			100	100.0		Nigeria	désinfectant, aide la digestion	
Bicarbonate de sodium		1			50	50.0			mx de ventre, aide la digestion	
BKB		2			100	50.0		Grande-Bret.	maux de dos	désinfectant
Bleu de méthylène	50				1	25.0			<i>manyen</i> (candidose digestive)	
Buta		20			100	5.0			maux de reins	
Buta		20			175	8.8			rougeole	
Calamine		fl. 180 ml			600	600.0			paludisme	
Calcimax	calcium+magnésium+zinc+phosphore+vit.D	1			25	25.0		Inde		
Chloramphénicol	250	20	200	10.0	200	10.0	0.0			antibiotique
Chloramphénicol	250	20			250	12.5	25.0			antibiotique
Chloramphénicol	5	fl. 10 ml			400	400.0		Italie	gouttes pour les yeux	antibiotique
MCA										
Chloramphénicol	50	fl. 10 ml			400	400.0		Italie	gouttes pour les oreilles	antibiotique
Cold caps corhinza	parac.+caféine+phénylpropylam.	1	25	25.0				Indonésie	rhume	
D 10 (Diazepam)		20			75	3.8			somnifère	
Rima D5 (Diazepam)		20			100	5.0				
Apo 10 (Diazepam)		20			100	5.0			somnifère	
Valium (Diazepam injectable)		1			125	125.0				
Rima (Diazepam?)	10	20			200	10.0			contre la toux	
5-5 (Rima, Diazepam?)		20	100	5.0	75	3.8	-25.0		somnifère	antihistaminique?
E ("tonsou")		20			150				donne de la force	
E ("tonsou")		20			200	10.0			donne la force aux cultivateurs	
Ephédrine		1	5	5.0					contre la fatigue	
Fer		20			100	5.0				
Flavoquine		1	25	25.0	65	65.0	160.0	France		
Gelacid		1			25	25.0		Inde	maux de ventre	

Genavit		2	25	12.5				Nigeria	maux de reins + rhumatismes maux de ventre		
Golden health Stomach Indo 25 (Indométhacine)		20			75	3.8					anti-inflammatoire
Indo 25 (Indométhacine)		20			100	5.0			douleurs articulaires		anti-inflammatoire
Indométhacine Iron tonic tablet	sulfure fer 200 mg	5			25	5.0		Allemagne	douleurs généralisées maux de reins		anti-inflammatoire
Kentax Komix Letivite		20			250	12.5			antiparasitaire toux donne de l'appétit aux bébés		
		1 fl.			50						
		fl. 100 ml			250						
Medik 55 Microgynon Microgynon Pilule Mercurochrome Miradol		4	60	15.0	75	18.8	25.0	Indonésie	maux de tête, rhume contraceptif		
		21			250	11.9					contraceptif oral
		21			300	14.3					contraceptif oral
		21	200	9.5	300	14.3	50.0				contraceptif oral désinfectant
	2%	90 ml			250						
		20			75	3.8					

Tableau (suite)

Nom	Dosage (mg)	N (cp ou ml)	Avant déval.		Après dévaluation			Lieu de fabrication	Indication locale	Indication médicale
			Prix FCFA	Prix unitaire	Prix FCFA	Prix unitaire	Δ %			
Mixadin	parac.+caféine + phénylpropal. + chlorpheniramine maleate	4	100	25.0	100	25.0		Indonésie	contre la toux	
Mixagrip		4			125	31.3	25.0	Indonésie		
Mixagrip		4			50	12.5	-50.0	Indonésie	rhume, maux tête, fièvre	
MOX (Rima)	10	20	100	5.0	250	12.5	150.0		contre la toux	antibiotique
MOX	25	1	5	5.0					contre douleur lors rhumatismes	
Nivaquine	100	100	1000	10.0				Nigeria	paludisme	antipludéen
Nivaquine		100	1000	10.0				France	paludisme	antipludéen
Nivaquine		20	75	3.8	110	5.5	46.7		paludisme	antipludéen
Nivaquine		1	5	5.0					paludisme	antipludéen
Nivaquine		20			100	5.0			paludisme	antipludéen
Nivaquine		20			125	6.3			paludisme	antipludéen
Nivaquine		100			250	25.0			paludisme	antipludéen
Nivaquine		100 et 200			275	27.5		France	paludisme	antipludéen
Nivaquine		250			25	12.5			paludisme	antipludéen
Chloroquine		100			125	6.3			paludisme	antipludéen
Vitaquine (chloroquine)		1			25	25.0			paludisme	antipludéen
Padox gonazol	500	20			100	5.0				
Padox		20			150	7.5			manyen (candidose digestive)	
Paracetamol		20	100	5.0	150	7.5	50.0		contre la toux	analgesique
Paracetamol		20			100	5.0	0.0		mx tête, fièvre, paludisme	analgesique
Paracetamol	500	20			125	6.3	25.0			analgesique
Paracetamol		10			150	15.0				analgesique
Paracetamol Capsule	500	10			125	12.5		Nigeria		analgesique
Paracetamol Vitalink		24			150	6.3		Nigeria		analgesique
Paracetamol Vitalink	500	20			100	5.0		Nigeria		analgesique
Aexadol (paracetamol)	500	2			25	12.5				analgesique
Anagol Paracetamol		10			100	10.0		Nigeria		analgesique
Anagol Paracetamol		10			150	15.0		Nigeria		analgesique
Daga (Paracetamol)	500	4	50	12.5	50	12.5	0.0			analgesique
Painax (Paracetamol)	500	20			200	10.0		Nigéra		analgesique
Pentax (paracétamol)	300	60	250	4.2						analgesique
Pharmadol (paracétamol)	500	2			25	12.5		Grande-Bret.	fièvre des enfants	analgesique
Theracin (Paracetamol)	500	10			100	10.0		Nigeria		analgesique
Pectol	300	60	250	4.2						antibiotique
Penicillin G	1'000'000	1			200	200.0		Autriche		antibiotique
Penicillin (pommade)	20 mg, 10'000 unités	1 tube			200	200.0		Nigeria		antibiotique
Peniprocaïne		1 ampoule			400	400.0		Allemagne		antibiotique
Phénylbutazone		1	15	15.0						
Phénylbutazone	100	20			75	3.8		Allemagne	fatigue, fièvre, maux tête	
Procold	idem Mixagrip	4	80	20.0	75	18.8	-6.3	Indonésie	douleurs généralisées	
Procold	idem Mixagrip	4			50	12.5	-37.5	Indonésie	grippe, refroidissement	
Quinimax		1 ampoule							fièvre, mx tête, fatigue	
Rayglo		1			50	50.0		Grande-Bret.		antibiotique
Red Detrax		3			150	50.0		Inde	laxatif	
Robb (baume du tigre)		1	25	25.0				Nigeria		vermifuge
Saccharin		100			200	2.0		Nigeria		
Saccharin		100			250	2.5		Nigeria	bouillie des enfants	
Saccharin		100			150	1.5		Nigeria	vers à l'an	
Sédaspir		20			1100	55.0		France		analgesique, antalgique, antipyrétique
Seringue		1			100	100.0				
Servipen G. Sod.	500'000	1			125	125.0				
Sloans Liniment		100 (sirop)			400	400.0			maux d'oreilles, douleurs générales	
Special eye drops B.P.C.		1 fl.								
Streptomycine sulphate		1 g injectable			150	150.0		Chine		antibiotique
Sparadrap		1			25	150.0				
Sulfate de magnésium		1			50	50.0		Nigeria	pour aider la digestion, laxatif	

Tableau (suite)

Nom	Dosage (mg)	N (cp ou ml)	Avant déval.		Après dévaluation			Lieu de fabrication	Indication locale	Indication médicale
			Prix FCFA	Prix unitaire	Prix FCFA	Prix unitaire	Δ %			
Sulfir		1 tube 25 g.			200	200.0		Inde		sabicide et parasiticide
TCP		100 (sirop)			250	200.0			<i>manyen</i> (candidose digestive)	
Tétracycline	250	1	5	5.0	5	5.0	0.0		dysenterie, mx ventre	antibiotique
Tétracycline	250	20	125	6.3	150	7.5	20.0			antibiotique
Tétracycline	250	2			25	12.5	150.0		diarrhée, poudre dans plaies	antibiotique
Tic tac (bonbon!)		1			10	10.0			angine	
Toptabs	aspirine 350 + caféine 30	1	5	5.0						
VERAX		3			200	66.7			vermifuge	vermifuge
Violet de Gentiane		fl. 60 ml			250	250.0			désinfectant plaies bouche	désinfectant
Vitamine B Complexe		100			250	2.5			si malade et sans appétit	
Vitamines ?		20			75	3.8				
Vitamines ?		20			100	5.0				
Zedevite (vitamine C)		20			150	7.5				
Zoro chinois		1 sachet (crème)			50	50.0			douleur musc., entorse, fièvre, mx tête	

dévaluation, son fils, également commerçant professionnel de médicaments dans la sous-préfecture de Ouessè achetait pour le même montant à Cotonou, où il s'approvisionnait une à deux fois par mois. Ce serait le manque d'argent à investir qui conduirait à fractionner autant les achats. Cette vendeuse estime vivre plutôt mieux après la dévaluation, car ses ventes auraient augmenté, les paysans gagnant plus qu'avant avec l'augmentation généralisée des prix agricoles. En 1995, une autre vendeuse affirmait par contre acheter en moyenne pour 200'000 FCFA (400'000 FCFA au maximum) de médicaments par mois à Cotonou, soit plus, en valeur absolue, qu'avant la dévaluation (150'000 FCFA en moyenne). Le volume de ses ventes n'aurait pas été modifié par la dévaluation, mais son bénéfice aurait diminué.

Selon une vendeuse de médicaments, les gens achètent plutôt bien. Il n'y aurait pas trop de concurrence entre les vendeuses, car elles n'offrent pas le même assortiment. Ce qui, vérification faite, n'est que partiellement vrai. Ce sont l'aspirine, le *Paracétamol* et la *Nivaquine*, sous leurs différentes formes et noms de marques, qui se vendent le mieux; cela correspond bien au traitement du paludisme, la pathologie dominante. Leur assortiment recoupe aussi partiellement celui des dépôts pharmaceutiques, pour lesquels elles constituent une concurrence sérieuse. A Pikine, près de Dakar, Fassin (1992) a relevé que le prix des médicaments sur le marché est à peine plus bas qu'en pharmacie, mais que les vendeurs offrent la possibilité du micro-détail, la dépense moyenne n'étant d'ailleurs que de 60 FCFA et 70 % des clients dépensant moins de 50 FCFA. A Ouessè, non seulement la vente à l'unité, mais encore les bas prix constituent un atout face aux dépôts pharmaceutiques. Une vendeuse de médicaments présente tous les jours sur le marché de Ouessè affirme que le meilleur jour est le jeudi, jour du marché, où son chiffre d'affaire peut atteindre les 20'000 FCFA, suivi du vendredi, car la plupart des agriculteurs sont alors au village.

Nous n'avons pas tenté d'inventorier les différents types de vendeurs de médicaments de la sous-préfecture de Ouessè. Selon une vendeuse de médicaments, il y aurait pour la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè une dizaine de vendeurs ou vendeuses importants de médicaments, tous professionnels. Ils fonctionneraient à la fois comme détaillants et comme grossistes pour une multitude de petites revendeuses dispersées dans tous les villages. Un vendeur nous affirmait en 1995 que le nombre de vendeurs et vendeuses est stable, car "il faut être très patient pour exercer ce métier (longuement expliquer, visiter les malades...) et avoir de l'argent à investir".

2. ACTIVITÉS DES SERVICES DE SANTÉ FORMELS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSÈ: NATURE, VOLUME ET ÉVOLUTION

Tout comme nous avons examiné pour l'ensemble du Bénin et pour le département du Zou le niveau d'activité global des secteurs public et confessionnel, nous allons l'analyser à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, en nous appuyant sur les rapports mensuels d'activité fournis par chaque service de santé public. Ces rapports étaient disponibles au CSSP de Ouessè depuis avril 1991. Nous les avons analysés jusqu'à fin 1994, ce qui permet de déceler d'éventuelles évolutions saisonnières ou sur le plus long terme du niveau d'activité, y compris, le cas échéant, l'impact de la dévaluation du FCFA en janvier 1994.

Chaque mois, un infirmier du CSSP en fait une synthèse pour l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture et l'envoie, après l'avoir fait viser par le médecin-chef, à la Direction départementale de la santé, à Abomey. Cette dernière agrège également les données de toutes les sous-préfectures du département et envoie un rapport mensuel au Ministère de la santé. Il est donc impossible de trouver des informations concernant un service de santé précis à la Direction départementale, tout comme des données relatives à l'ensemble d'une sous-préfecture ne sont pas disponibles au niveau du Ministère. L'information remonte donc bien les échelons administratifs d'une manière satisfaisante depuis le début des années 1990, mais ce cheminement s'accompagne d'une perte de spécificité, la vision de la situation devenant de plus en plus générale.

Alors que les rapports de base, émis par chaque service de santé, devraient idéalement être exploités en premier lieu par les agents de santé des services qui les produisent et par le médecin-chef de sous-préfecture, le PMSBS (1993) relève que les activités de monitoring n'existent pas au niveau des CCS, ni dans les CSSP. Les CCS envoient leurs rapports statistiques au CSSP sans analyse préalable. Ce dernier les compile, sans davantage d'analyse ni de rétro-information. Il n'y a donc pas de surveillance épidémiologique ni de l'avancement des activités. L'enregistrement des activités et leur synthèse sont souvent considérés comme un pensum accaparant et inutile, que l'on accomplit largement sous la contrainte. Ainsi conçu, le recueil de ces informations, qui prend effectivement beaucoup de temps, mais généralement pas au détriment des activités curatives ou préventives vu l'assez faible niveau d'activité général des services de santé, ne révèle qu'une fraction de son potentiel. Ces informations sont recueillies plus pour répondre à la demande des autorités sanitaires de l'échelon hiérarchique situé juste en amont, qui elles doivent bien savoir qu'en faire puisqu'elles les réclament, que pour les besoins propres du service. Afin de montrer l'intérêt de ce lourd travail de routine et pour motiver les agents de santé par un retour d'information, le Ministère de la santé publie depuis 1992 une feuille trimestrielle d'information sanitaire (RETRO-SNIGS) analysant les faits marquants révélés par le Système National d'Information et de Gestion Sanitaires. Les données fournies dans RETRO-SNIGS sont des moyennes pour le Bénin ou par département. Il se peut donc que cette feuille renforce le sentiment des agents de santé que les statistiques sanitaires sont utiles pour le Ministère de la santé et pour les Directions départementales, bien plus que pour eux-mêmes.

a) Le secteur public

Nous envisagerons le volume d'activités des services de santé du secteur public de la sous-préfecture par grande catégorie d'activité, comme nous l'avons fait précédemment au niveau national et départemental (Zou seul).

Les activités curatives

Bien qu'avec l'adoption d'une politique de soins de santé primaire (SSP) les activités préventives devraient prendre le pas sur les activités curatives des services de santé du premier échelon, les soins curatifs restent la première activité de ces services, surtout pour leur composante dispensaire. Les activités curatives consistent en des soins ambulatoires (CCS et CSSP) et en des soins hospitaliers (CSSP), auxquels il faut encore rattacher les activités du laboratoire d'analyses médicales (CSSP). Sauf lorsque les infirmiers des dispensaires se rendent dans les villages en "stratégie avancée" pour la vaccination, leur activité est quasi exclusivement curative et se déroule au dispensaire. La tâche des infirmières et sages-femmes desservant les maternités est davantage partagée entre les activités préventives et curatives: en plus des accouchements, elles s'occupent, d'une part des soins pour les patientes souffrant d'affections gynécologiques, ainsi que de nombreuses autres affections en cours de grossesse, et, d'autre part, de consultations prénatales, de consultations post-natales, de vaccination, du suivi des enfants de 0 à 11 mois et du suivi des enfants sains de 12 à 35 mois (cette dernière activité, tout comme le planning familial est marginal dans la sous-préfecture de Ouessè).

Les activités curatives du secteur public se déroulent uniquement au sein des services de santé. Il arrive toutefois que certains agents de santé, surtout ceux en poste dans les CCS, consultent exceptionnellement à domicile, pour les cas graves, ou qu'ils aillent aux nouvelles, d'une personne en cours de traitement.

Evolution du volume des activités curatives et des taux de couverture de 1991 à 1994

Nous ne nous attarderons pas longuement sur l'évolution du volume d'activité par service de santé public pour les soins curatifs, tels qu'elle ressort des rapports d'activité, puisque nous allons l'analyser en détail plus loin (cf. partie III, chap. 2b), à partir non plus du nombre de cas (c'est-à-dire de diagnostics différents), mais du nombre de nouvelles consultations calculé directement à partir des registres de santé, valeur un peu inférieure, puisqu'une nouvelle consultation peut être comptabilisée comme deux ou trois nouveaux cas dans les rapports d'activité. Les rapports d'activité permettent cependant d'appréhender en plus, d'une part, l'évolution mensuelle du nombre de nouveaux cas, et, d'autre part, les anciens cas et l'indice de concentration (nombre total de cas divisé par le nombre de nouveaux cas).

En 1992, l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè ont recensé plus de 8'900 nouveaux cas (NC), dont plus de 5'100 pour le seul CSSP de Ouessè (près de 58 %; cf. Tableau 16). Parmi les six CCS, celui de Gbanlin est de loin celui qui enregistre le plus de nouveaux cas: environ 1'600, soit presque 43 % du total des CCS. Les valeurs sont particulièrement basses pour le CCS de Djegbé (194 NC) et celui de Kémon (226 NC). Cela s'explique en partie par leur inauguration en cours d'année (en mars pour Djegbé et en septembre pour Kémon).

Le nombre d'anciens cas (AC) est faible: moins de 1'500 pour l'ensemble des services, dont 68 % au CSSP de Ouessè. L'indice de concentration, qui est une approximation du nombre de visites par consultant, n'est donc que de 1,16 (de 1,06 à 1,18 pour les CCS et de 1,19 pour le CSSP). Une valeur si faible pourrait s'expliquer par la grande efficacité thérapeutique de la première consultation... ou par le fait que les patients déçus de l'efficacité d'une première consultation se tournent vers d'autres recours thérapeutiques. Une troisième explication, non exclusive, est que, de l'aveu même des agents de santé, les anciens cas sont sous-notifiés, du fait que leur enregistrement consiste en une simple coche dans la marge du registre de santé, ce qui augmente fortement le risque d'oubli; chose impossible pour les nouveaux consultants pour

lesquels diverses rubriques guident l'enregistrement¹. Un responsable du PMSBS indique aussi que les anciens cas sont assez souvent enregistrés comme nouveaux cas, en particulier s'ils reviennent pour un renouvellement de leur prescription médicamenteuse (PMSBS, 1993). Une telle pratique nous paraît pourtant a priori rare, car à tout nouveau cas doit correspondre l'encaissement du prix de la consultation, ce que l'infirmier ne manquera pas de faire pour que ses comptes résistent à la supervision. Mais il semble peu vraisemblable qu'un patient accepte de payer une nouvelle consultation s'il est un ancien cas, bénéficiant donc de la gratuité de la consultation à l'exclusion des médicaments. Faut-il en déduire que de nombreux patients ignorent que les anciennes consultations sont gratuites, ce qui dénoterait un grave problème de communication?

Quoi qu'il en soit, l'indice de concentration moyen pour la sous-préfecture est nettement inférieur en 1992 à la moyenne nationale de 1987 à 1989, soit environ 1,8, et plus encore à la moyenne pour le Zou (environ 2,0). Mais de si faibles valeurs n'ont rien d'exceptionnelles pour des services de santé de bas niveau des pays en développement: le nombre moyen de consultations par épisode dans sept dispensaires tunisiens allait de 1,17 à 1,29, sans différence entre les dispensaires ruraux et urbains, alors que le taux d'utilisation (nouveaux cas) de ces derniers était deux fois plus élevé (BENYOUSSEF et WESSEN, 1974).

Le nombre de nouveaux cas enregistrés en 1993 est quasi identique à celui de 1992 (environ 8'800, soit - 1,7 % par rapport à 1992; cf. Tableau 16). La part du CSSP de Ouessè a diminué de 58 à 54 % du total. Le CCS de Gbanlin reste le plus fréquenté des six dispensaires de la sous-préfecture, avec encore une fois 43 % du total des nouveaux cas des CCS. A l'autre extrémité, le CCS de Djegbé régresse encore (116 NC!). Le nombre d'anciens cas est en progression (plus de 1'700, soit + 19 %); si bien que l'indice de concentration augmente légèrement (de 1,16 à 1,20). Mais cette augmentation est uniquement due au CSSP, pour lequel l'indice passe de 1,19 à 1,27).

En 1994, le nombre de nouveaux cas augmente très fortement par rapport à l'année précédente. Il passe à près de 14'100, soit une augmentation de presque 61 % (cf. Tableau 16). Pour la première fois le CSSP enregistre moins de la moitié des nouveaux cas du secteur public (à peine 49 %). A l'exception du CCS de Djegbé, tous les services de santé ont nettement progressé, quatre des six CCS faisant plus que doubler le nombre de nouveaux cas. Le CCS de Gbanlin reste de loin le plus fréquenté, mais sa part relative au sein des CCS a fortement diminué (de 43 % à 32 %). Le nombre d'anciens cas a par contre à peine augmenté (+ 8 %), de sorte que l'indice de concentration est redescendu à un niveau inférieur à celui de 1992 (1,13 en moyenne, 1,17 pour le CSSP et 1,09 pour l'ensemble des CCS).

Pour les trois années, il est à remarquer que l'indice de concentration du CSSP est toujours supérieur à celui des CCS. Peut-être faut-il y voir l'influence du niveau hiérarchique inférieur de ces derniers: un patient insatisfait d'une visite dans son CCS peut se rendre au CSSP, alors qu'un patient insatisfait d'une consultation au CSSP devra sortir de la sous-préfecture, s'il ne veut pas y retourner mais rester dans le secteur formel sans visiter un service d'un niveau inférieur au CSSP. Une autre hypothèse serait que les cas examinés au CSSP sont en moyenne un peu plus lourds que ceux vus dans les CCS et qu'ils nécessitent donc en moyenne un peu plus de visites. Comme nous le verrons, cette hypothèse ne tient guère, puisque le CSSP joue très peu un rôle de référence. Observons encore que de 1992 à 1994 l'indice de concentration pour les CCS, déjà fort bas, s'inscrit à la baisse, sauf pour le CCS de Gbanlin. Le dispensaire de Tosso y assure l'essentiel des consultations, desservi par le même infirmier pendant les trois années. Ce

¹ A moins évidemment de le faire sciemment pour empocher le montant de la consultation. Il faut alors être attentif à ne pas délivrer de médicaments du dispensaire, ou alors il est nécessaire de maquiller les comptes et l'état du stock de sorte qu'il n'y paraisse rien.

dispensaire se caractérisait en 1994 par une minorité de patients, tout particulièrement dans l'entourage de l'infirmier, qui y effectuaient un grand nombre de consultations pour le même épisode.

Tableau 16 Evolution du nombre de nouveaux cas (NC), d'anciens cas (AC), du total des cas et de l'indice de concentration des cas pour les soins curatifs, de 1992 à 1994 dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè (sources: rapports mensuels d'activité de 1992 à 1994).

	1992				1993				1994			
	NC	AC	NC+AC	$\frac{NC+AC}{NC}$	NC	AC	NC+AC	$\frac{NC+AC}{NC}$	NC	AC	NC+AC	$\frac{NC+AC}{NC}$
CCS Gbanlin	1608	167	1775	1.10	1719	257	1976	1.15	2337	465	2802	1.20
CCS Djegbé	194	32	226	1.16	116	8	124	1.07	139	5	144	1.04
CCS Challa Ogoï	478	28	506	1.06	464	18	482	1.04	987	33	1020	1.03
CCS Kémon	226	24	250	1.11	476	37	513	1.08	1161	39	1200	1.03
CCS Kilibo	338	43	381	1.13	619	24	643	1.04	1248	20	1268	1.02
CCS Toui	926	171	1097	1.18	630	86	716	1.14	1326	106	1432	1.08
Total CCS*	3770	465	4235	1.12	4024	430	4454	1.11	7198	668	7866	1.09
CSSP Ouessè	5148	992	6140	1.19	4743	1304	6047	1.27	6883	1203	8086	1.17
Tous serv. publics	8918	1457	10375	1.16	8767	1734	10501	1.20	14081	1871	15952	1.13

* Y compris les consultations curatives des maternités.

En 1992, le taux de fréquentation de l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè par ses habitants est de 17 %. Il diminue légèrement en 1993 (16 %) avant de fortement augmenter en 1994 (presque 26 %). En 1993, le taux de fréquentation des services de santé publics est donc inférieur à ceux du département du Zou (23 %) et plus encore à la moyenne nationale (25 %). En 1994, ce taux est comparable pour la sous-préfecture au taux national de 1993, mais nous ignorons quel était alors le niveau national. Les taux plus bas enregistrés dans la sous-préfecture s'expliquent largement par le fait que les données pour le Bénin et le Zou incluent les services de santé confessionnels, contrairement au Tableau 17, qui se limite au secteur public. Or bon nombre de malades de la sous-préfecture fréquentent l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané, très proche de la sous-préfecture.

Tableau 17 Evolution de 1992 à 1994 du taux de fréquentation des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs (sources: rapports mensuels d'activité de 1992 à 1994 et recensement de 1992 réactualisé).

	1992			1993			1994		
	NC	Pop*. Tx fréq. %		NC	Pop*. Tx fréq. %		NC	Pop*. Tx fréq. %	
CCS Gbanlin	1'608	5'571	28.9	1'719	5'738	30.0	2'337	5'910	39.5
CCS Djegbé	194	2'362	8.2	116	2'433	4.8	139	2'506	5.5
CCS Challa Ogoï	478	5'728	8.3	464	5'900	7.9	987	6'077	16.2
CCS Kémon	226	4'070	5.6	476	4'192	11.4	1'161	4'318	26.9
CCS Kilibo	338	6'819	5.0	619	7'024	8.8	1'248	7'234	17.3

CCS Toui	926	9'332	9.9	630	9'612	6.6	1'326	9'900	13.4
Total CCS**	3'770	33'882	11.1	4'024	34'898	11.5	7'198	35'945	20.0
CSSP Ouessè	5'148	18'189	28.3	4'743	18'735	25.3	6'883	19'297	35.7
Tous serv. publics	8'918	52'071	17.1	8'767	53'633	16.3	14'081	55'242	25.5

* La population est celle de l'aire d'attraction officielle, soit celle de la commune (des communes de Ouessè, Laminou et Odougba pour le CSSP de Ouessè).

** Y compris les consultations curatives des maternités.

Le taux de fréquentation varie énormément d'un service de santé à l'autre. Il est maximal au CSSP de Ouessè, dont les patients potentiels bénéficient d'une accessibilité moyenne supérieure à celle de la plupart des autres services de santé, et qui, du fait de son niveau hiérarchique supérieur à celui des CCS, reçoit en outre une faible minorité de patients extérieurs à son aire d'attraction pour les soins de santé primaires. Mais le CCS de Gbanlin atteint un taux d'utilisation égal, sinon supérieur (29 % en 1992 et presque 40 % en 1994) à celui du CSSP. Le taux d'utilisation des autres CCS est par contre très bas et assez uniforme en 1992 (de 5 % à 10 %). Cette fourchette reste presque identique en 1993. L'année suivante, le taux d'utilisation du CCS de Djegbé reste autour de 5 %, alors que celui de chacun des autres CCS double, mais sans qu'aucun n'approche des performances du CCS de Gbanlin. Il est toutefois à relever l'essor du CCS de Kémon, après une première année complète d'activité (1993) plutôt médiocre.

La Figure 30 montre qu'au-delà de variations mensuelles largement saisonnières, le nombre mensuel de nouveaux cas enregistrés par le CSSP de Ouessè et par l'ensemble du secteur public de la sous-préfecture est relativement stable d'avril 1991 au milieu de l'année 1994: chaque mois s'inscrit dans une fourchette de ± 40 % par rapport au même mois de l'année précédente. Cette fourchette est même de seulement ± 20 % pour l'année 1993 comparée à 1992. En 1994, l'augmentation du nombre de nouveaux cas, amorcée comme d'habitude dès mars, est beaucoup plus marquée qu'à l'accoutumée. En fait, de décembre 1993 à janvier 1995, chaque mois enregistre un nombre de nouveaux cas supérieur à celui du mois correspondant de l'année précédente. L'augmentation est particulièrement forte pour les mois de juillet à novembre 1994 (+ 80 à 140 %). Après une année 1993 à la fréquentation stable par rapport à 1992, il est difficile de ne pas mettre en relation la augmentation de 1994 avec la dévaluation du FCFA intervenue en janvier 1994. Nous reviendrons plus loin sur son impact sur les flux de patients entre les différents types d'établissements desservant la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie IV, chap. 2B).

Sur la Figure 30, la courbe pour le CSSP de Ouessè et celle pour l'ensemble des CCS sont plus ou moins parallèles (sauf pour le deuxième semestre de 1992) et tendent à se rapprocher avec le temps, si bien qu'elles sont presque confondues dès la fin de 1993. Cela montre, d'une part, que les rythmes saisonniers sont les mêmes au CSSP de Ouessè et dans les CCS et que, d'autre part, le volume total des nouveaux cas dans les CCS tend désormais à surpasser celui enregistré au CSSP. Cela est notamment dû à l'ouverture du CCS de Kémon, fin 1992, qui attire progressivement une clientèle de plus en plus nombreuse, et à la fourniture régulière de soins curatifs dans les maternités des CCS de Gbanlin et de Challa Ogoï, dès la fin de l'année 1993. Cette nouvelle offre de soins curatifs s'est traduite par une augmentation de l'accessibilité aux soins, les dispensaires étant situés dans d'autres villages, débouchant sur une croissance du nombre global de nouveaux cas pour ces CCS.

Les rythmes saisonniers de fréquentation font apparaître un minimum en janvier-février, suivi par une augmentation continue qui culmine habituellement en juin. La fréquentation diminue ensuite en août et en septembre, tout en restant un niveau supérieur à celui des premiers mois de l'année. Les mois d'octobre et novembre (décembre en 1993) sont caractérisés par un

deuxième pic. Sauf pour l'année 1991, celui-ci est aussi important que le maximum de juin-juillet. Le rythme saisonnier de fréquentation des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè coïncide donc avec celui relevé pour l'ensemble des services formels du Bénin (cf. partie I, chap. 2b).

De décembre à février, le risque palustre est faible, les eaux de surface sont encore relativement abondantes et pas trop souillées, mais les maladies liées à la fraîcheur et à l'harmattan (les infections respiratoires, la méningite) sont généralement à leur maximum. Lorsque la saison sèche avance, les risques de maladies diarrhéiques augmentent. Avec l'arrivée des pluies, le risque de paludisme s'accroît fortement à son tour. Le creux, tout relatif, d'août et septembre pourrait partiellement s'expliquer, si la sous-préfecture était dans le Sud-Bénin, par la brève saison sèche estivale. Comme la sous-préfecture est située dans la zone de transition entre les climats à quatre et à deux saisons, la petite saison sèche estivale y est très peu marquée. Tout au plus la pluviométrie fléchit un peu. Dans la sous-préfecture de Ouessè, la transmission du paludisme ne varie donc vraisemblablement que très peu du début de l'été au milieu de l'automne.

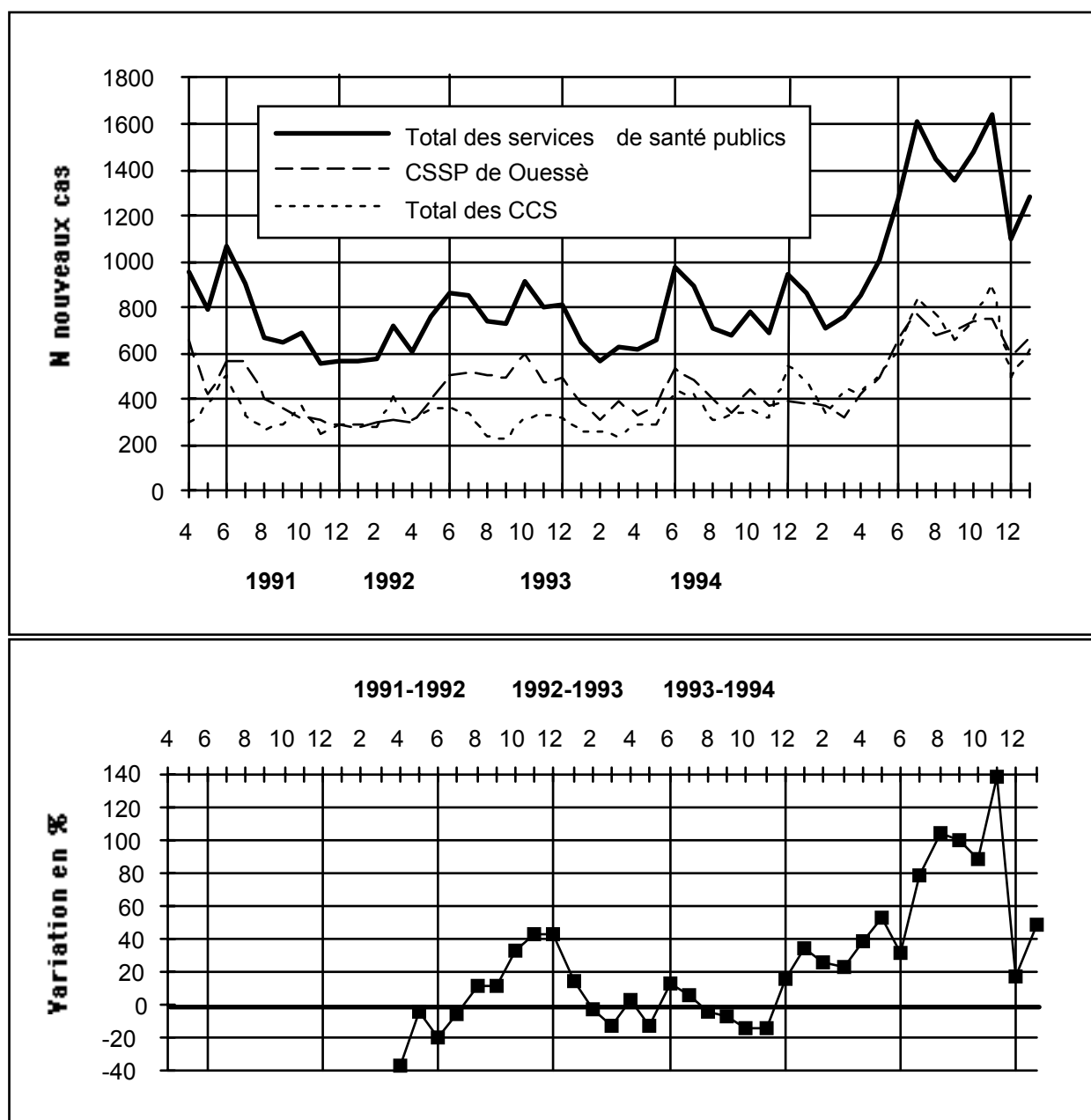


Figure 30 Evolution d'avril 1991 à janvier 1995 du nombre de nouveaux cas dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè et variation en % entre les mois identiques de deux années successives, pour l'ensemble de nouveaux cas (source: rapports mensuels d'activité des services de santé).

Une hypothèse, que nous n'avons pas tenté de vérifier, est que le creux relatif de fréquentation d'août et septembre découle plus de facteurs économiques que climatiques. En d'autres termes, ce ne serait pas les besoins réels qui faibliraient pendant cette période, mais l'accès, notamment économique, aux soins. Une étude menée au Burkina Faso étaye cette hypothèse: au plus fort de la saison agricole, époque où les besoins réels en soins de santé sont très fortes (paludisme, travaux champêtres très durs, sous-alimentation due à la soudure...) la fréquentation des services de santé y diminue fortement parce que toute l'énergie est accaparée par les travaux agricoles, vitaux, parce que les paysans sont souvent dispersés dans les hameaux de culture, loin des services de santé, et parce qu'ils manquent de liquidité, leurs derniers surplus étant vendus depuis longtemps. De plus, face à ces contraintes économiques, la perception des besoins sanitaires par la population s'émousse, si bien qu'elle déclare moins d'épisodes de maladie qu'en d'autres saisons, moins à risque pour la santé (SAUERBORN, 1996).

Le CSSP de Ouessè est le seul établissement public de la sous-préfecture pratiquant les hospitalisations pour les soins curatifs. En 1992, 620 patients y ont été admis (hors accouchements et pathologies durant la grossesse ou gynéco-obstétricales pour lesquels les femmes sont hospitalisées à la maternité; cf. Tableau 18). Ce nombre n'augmente guère en 1993 (+ 6 %), avant de passer à 768 en 1994, après une augmentation de presque 17 % par rapport à 1993. Le taux d'hospitalisation rapporté à l'ensemble de la sous-préfecture est de 12 ‰ en 1992. Il augmente à 14 ‰ en 1994. Ce taux y est donc légèrement supérieur aux moyennes du Bénin et du Zou, soit à peine 10 ‰ en 1993. L'écart réel entre ces taux d'hospitalisation est en fait supérieur, dans la mesure où le taux pour la sous-préfecture n'implique qu'un CSSP, alors que les moyennes nationales et départementales incluent les centres hospitaliers départementaux (CHD), le centre national hospitalier universitaire (CNHU) et les hôpitaux confessionnels en plus des CSSP. Tout comme pour les taux de fréquentation en ambulatoire, le taux d'hospitalisation dans le secteur public de la sous-préfecture ne constitue qu'une partie du taux d'hospitalisation réel des habitants de la sous-préfecture. Ces derniers sont encore nombreux à être hospitalisés au proche hôpital Saint-Martin de Papané. Les hospitalisations plus lointaines sont par contre nettement plus rares.

En 1992, 12 % des nouveaux cas enregistrés au CSSP de Ouessè sont hospitalisés. Cette proportion augmente légèrement en 1993 (presque 14 %), avant de redescendre en 1994 (environ 11 %). Le nombre de journées d'hospitalisation est d'environ 2'200 en 1992 et de 2'400 en 1993. Il grimpe à plus de 3'400 en 1994 (+ 46 %). Cette forte croissance est autant imputable à l'augmentation de la durée moyenne du séjour qu'à celle du nombre de patients hospitalisés. Le séjour moyen est en effet d'environ 3,5 journées en 1992 et 1993 contre 4,5 journées en 1994. L'introduction de la chirurgie de base en 1994 (quelques dizaines d'opérations pour cette année) a contribué à cette augmentation de la durée moyenne des séjours. L'équipe chirurgicale étant encore peu aguerrie et très prudente, la durée d'un séjour postopératoire était en effet largement supérieure à la moyenne. Rappelons que de 1987 à 1989 la durée moyenne d'un séjour hospitalier était d'un peu plus de 5 jours, tant pour le Bénin que pour le Zou. Mais ces données ne sont pas vraiment comparables à celles du CSSP de Ouessè, car elles incluent aussi des hôpitaux d'un niveau hiérarchique supérieur à celui d'un CSSP.

Tableau 18 Evolution du nombre de patients hospitalisés au CSSP de Ouessè, du taux d'hospitalisation, de la durée moyenne d'hospitalisation et de la proportion des nouveaux cas débouchant sur une hospitalisation de 1992 à 1994 (sources:

rapports mensuels d'activité de 1992 à 1994 et recensement de 1992 réactualisé).

	1992				1993				1994					
	Hosp.	Pop.	SPO	Jours N NC	Hosp.	Pop.	SPO	Jours N NC	Hosp.	Pop.	SPO	Jours N NC		
CSSP de Ouessè	620	52'071	2'191	5'148	658	53'633	2'360	4'743	768	55'242	3'441	6'883		
Variation N hosp. %					6.1					16.7				
Tx hosp. en %	12				12				14					
Durée moyenne	3.5				3.6				4.5					
NC hosp. en %	12.0				13.9				11.2					

L'évolution mensuelle du nombre d'hospitalisations au CSSP de Ouessè suit très largement celle décrite pour les nouveaux cas ambulatoires (cf. Figure 31). Le maximum se situe de juin à août, selon les années. Un deuxième pic de fin d'année (novembre) n'apparaît qu'en 1993 et 1994. Le maximum mensuel est stable de 1991 à 1994. Par contre, l'écart entre les mois extrêmes tend à se combler avec le temps. Il est de l'ordre de 1 à 3 en 1991 et 1992, de 1 à plus de 2 en 1993 et de 1 à moins de 2 en 1994. Ainsi, la proportion mensuelle de nouveaux cas hospitalisés tend à devenir plus régulière tout au long de l'année. Sans une étude spécifique qui dépasse le cadre de cette thèse, il est impossible de savoir si cette évolution correspond à une évolution de la structure des cas par pathologie ou à une évolution des pratiques médicales des agents de santé du CSSP.

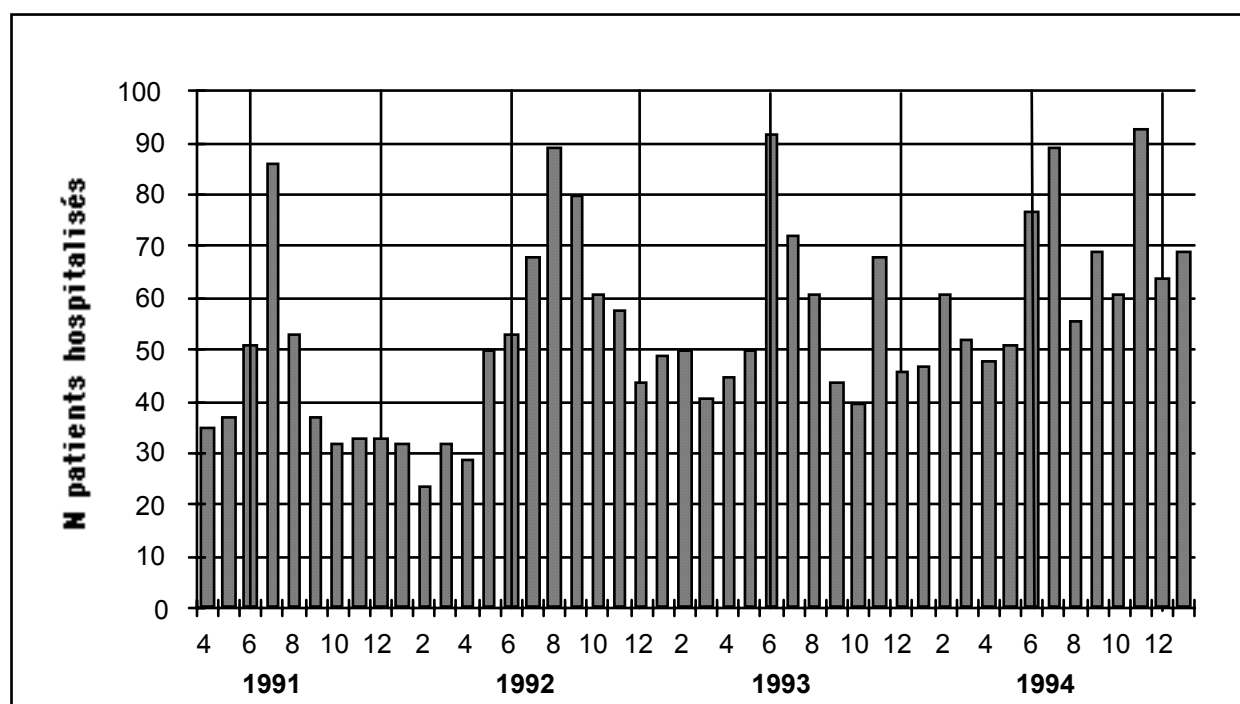


Figure 31 Evolution du nombre de patients hospitalisés au CSSP de Ouessè de janvier 1992 à janvier 1995 (sources: rapports mensuels d'activité du CSSP).

La maternité du CSSP de Ouessè pratique aussi l'hospitalisation, mais uniquement de femmes enceintes. Il s'agit surtout de femmes venant accoucher, mais aussi de femmes souffrant de pathologies durant la grossesse pouvant menacer l'issue de la grossesse ou encore de maladies gynéco-obstétricales. En 1993, la maternité du CSSP a enregistré 854 hospitalisations pour 775 accouchements (90,7 % du total). En 1994, elle a enregistré 824 hospitalisations pour 756 accouchements (91,7 %). La presque totalité des femmes hospitalisées à la maternité du

CSSP le sont donc suite à un accouchement. La durée moyenne du séjour, toutes causes d'hospitalisation confondues, y est très brève: 1,9 jours en 1993 et 1,6 jours en 1994.

Les consultations prénatales

Les consultations prénatales (CPN) ont un objectif essentiellement préventif. Il s'agit de détecter les grossesses à risque, en fonction d'une liste de critères préétablis (âge, taille, antécédents, présentation, tension artérielle...), et de dispenser à la mère des médicaments (payants) et vaccins (gratuits) pour la protéger, ainsi que l'enfant qu'elle porte. Un vermifuge est prescrit au premier contact et une encore une fois durant le troisième trimestre. Du fer combiné avec de l'acide folique et de la chloroquine pour prévenir le paludisme sont prescrits durant tout le suivi de grossesse. Les futures mères sont encore vaccinées (jusqu'à 5 doses de VAT), afin de protéger l'enfant contre le tétanos néonatal. Un test d'albumine dans les urines permet encore de détecter d'éventuelles infections uro-génitales. Des informations et conseils pratiques sont également dispensés lors des consultations prénatales: conseils nutritionnels, posologie et utilité des médicaments prescrits et de la vaccination, fréquence du suivi... Les consultations prénatales sont aussi souvent l'occasion de détecter des maladies chez les femmes enceintes. Dans ces cas, elles ont aussi une fonction curative.

Chaque maternité de la sous-préfecture organise une journée hebdomadaire de consultation prénatale, parfois davantage lorsque la demande est forte, comme au CSSP de Ouessè. Dans cet établissement, les mardis sont consacrés aux nouvelles consultations prénatales, c'est-à-dire aux femmes venant pour la première fois pour cette grossesse, les lundis aux anciennes consultations (l'ensemble des visites ultérieures) des femmes habitant la commune de Ouessè et les mercredis aux anciennes consultations des femmes du reste de la sous-préfecture. A la maternité du CCS de Toui, les lundis et vendredis sont consacrés à la consultation prénatale, anciens et nouveaux cas confondus. Le vendredi, jour du petit marché local, la demande est inférieure à celle du lundi; mais elle implique un public partiellement différent: les femmes des villages alentours (surtout Toui Gare) profitant de leur passage au marché pour visiter la maternité, même si elles accoucheront ensuite dans leur UVS. Il en va de même au CSSP de Ouessè, où la plupart des femmes de la commune d'Odougba effectuent au moins deux consultations prénatales, bien qu'une partie d'entre elles accoucheront dans une des UVS de leur commune. Au CCS de Kémon, la consultation prénatale est aussi organisée le jour du marché "sinon les femmes des fermes ne viennent pas; elles passent d'abord au marché pour vendre et avoir de l'argent, avant de venir"¹. Dans le village de Challa Ogoï, où toutes les femmes enceintes effectueraient des consultations prénatales, la matrone de la maternité "doit aller les chercher la première fois".

Certaines sages-femmes effectuent parfois des visites à domicile. Celles du CSSP visent alors des quartiers "suspects", c'est-à-dire ceux dont les femmes ne fréquentent pas suffisamment la maternité ou ceux qui ont enregistré une baisse de fréquentation de la vaccination.

Les matrones des UVS assurent aussi parfois les consultations prénatales, ce qui n'est pas sans quelquefois générer des tensions avec les sages-femmes, qui leur reprochent de ne pas leur référer les cas problématiques (et de les envoyer à l'hôpital Saint-Martin en cas de difficulté!) ou alors trop tardivement, de "s'ériger en sages-femmes". Pour épauler les matrones tout en les

¹ En fait, il y a deux jours consacrés à la consultation prénatale: le mardi pour les femmes de Kémon et le mercredi pour les femmes de l'Atacora vivant dispersées dans des fermes isolées. Avec l'infirmière précédente, la population cible de chacune de ces journées était l'inverse. La nouvelle infirmière, arrivée en 1994, eut tôt fait de constater que ce n'était pas du tout commode pour les femmes. Les habitantes de Kémon n'arrivaient qu'à partir du milieu de l'après-midi, après le marché, alors que les femmes habitant les fermes ne venaient guère, car elles pouvaient difficilement se déplacer le mardi pour la consultation prénatale et encore le lendemain pour le marché.

contrôlant et en encourageant les femmes à assister aux consultations prénatales, la sage-femme de Challa Ogoï recourait avant 1992 avec succès à une formule originale pour la sous-préfecture de Ouessè, qui a fait quelques émules par la suite. Elle accompagnait l'infirmier dans sa stratégie avancée de vaccination et effectuait les consultations prénatales dans les UVS, avec l'aide des matrones locales. Dès l'année suivante (1993), la sage-femme de Gbanlin pratiquait de même pour le seul village très isolé d'Idadjo, où la matrone n'effectuait plus les consultations prénatales. Cette stratégie avancée mixte n'y est possible qu'en saison sèche, à cause de la crue de la Beffa. Dès 1994, la sage-femme de Kilibo allait en stratégie avancée pour la consultation prénatale à Yaoui et à Akpéro, une fois par mois, pas forcément en même temps que la vaccination. Comme il n'y a pas d'UVS à Kilibo Gare, elle ne peut pas y faire de même. Les femmes de ce village se rendent donc à la maternité, à 6 kilomètres.

Comme les consultations prénatales rencontrent un vif succès, que la plupart des femmes arrivent en début de matinée et qu'au CSSP elles ne peuvent repartir que toutes ensemble, après les informations et conseils pratiques dispensés collectivement par la sage-femme (on ne rend pas les carnets des femmes pour les forcer à suivre la "causerie", pour lesquelles les femmes ont peu d'intérêt et dont elles tirent peu de profit selon une sage-femme), l'attente est longue, généralement bien plus que pour une consultations curative. Il a été calculé que, pour les consultations prénatales, l'attente moyenne était de 2 heures et 22 minutes dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Banté et de 2 heures et 31 minutes dans celle de Tori Bossito (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU, 1988). La durée de la consultation individuelle variait de 0,7 à 3,9 % du temps d'attente. La durée moyenne d'une consultation était fort variable d'un service à l'autre (4 minutes dans le service le plus rapide). Dans aucun service il n'y avait d'association de la durée de consultation à des facteurs de risque tels que les antécédents pathologiques ou autres: la durée de la consultation ne dépendait pas de variables liées aux consultantes, mais de facteurs associés aux agents de santé pratiquant la consultation prénatale. A la maternité de Kilibo, l'attente est raisonnable: les femmes arrivent vers 8 heures et repartent vers 9 ou 10 heures.

Tout comme pour les consultations curatives, on distingue les nouvelles des anciennes consultantes pour les consultations prénatales. Est considérée comme une nouvelle consultante toute femme venant pour la première fois à une consultation prénatale, pour une grossesse donnée. Idéalement, les femmes devraient suivre cinq consultations prénatales durant leur grossesse: une le premier trimestre, une le deuxième trimestre et une par mois le dernier trimestre. Comme toutes les femmes ne sont pas aussi compliantes, les sages-femmes insistent pour qu'elles effectuent au moins trois consultations prénatales. Certaines sages-femmes, comme celle de Challa Ogoï, parviennent souvent à imposer un rythme plus soutenu: une visite par mois en début de grossesse, une par quinzaine en fin de grossesse et une par semaine à neuf mois. Dans les faits, la première consultation intervient souvent après plusieurs mois de grossesse, ce qui limite le nombre moyen de consultations par femme.

La plupart des sages-femmes se plaisent à relever que la consultation prénatale est très fréquentée. Certaines affirment même que toutes les femmes habitant dans le village où est implanté leur maternité y participent. D'autres, que la plupart de ces femmes effectuent au moins trois consultations. A la maternité de Kémon, on assure que même les femmes habitant dans les fermes isolées viennent aussi aux consultations prénatales. Les rendez-vous pour la prochaine consultation sont généralement respectés, de même que les recommandations, comme prendre régulièrement les remèdes, se reposer. Certaines sages-femmes font accompagner "les femmes têtues", pour que ces accompagnatrices demandent aux maris de faire respecter leurs consignes. Il est parfois aussi utile que d'autres personnes que les femmes enceintes informent les maris qu'elles ne doivent pas trop travailler, "sinon ils vont croire qu'elles sont paresseuses". Le principal bémol à cette perception positive de la consultation prénatale par les sages-femmes est

que les femmes commencent souvent trop tardivement les consultations prénatales. Selon une sage-femme de CCS, “les femmes ne veulent avouer leur grossesse que lorsque leur gros ventre est évident. Elles n’aiment donc pas arriver en consultation prénatale avant 4 mois”. Une sage-femme explique ainsi cette réticence: “C’est quand on est enceinte que l’ennemi a le plus de force sur vous.” Jaffré et Prual (1993) rapportent une attitude identique chez les femmes *zarma* du Niger. La raison y serait la même que dans la sous-préfecture de Ouessè, mais avec une menace encore plus explicitement dirigée sur l’enfant (le mauvais oeil).

De 1991 à 1994, le nombre total de nouvelles consultations passe d’environ 1’800 à plus de 2’200 (+ 24 %) pour l’ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture (cf. Tableau 19). L’essentiel de cette augmentation intervient en 1993. Dans le même temps, le nombre d’anciennes consultations passe de 5’200 à moins de 4’700 (– 11 %), après une augmentation à près de 5’900 en 1993. Le total des nouvelles et anciennes consultations est d’environ 7’000 par année, sauf en 1993 où il atteint 8’000.

L’évolution du nombre de consultations prénatales au CSSP de Ouessè et dans l’ensemble des CCS est légèrement divergente. Alors que le nombre de nouvelles consultations prénatales est stable au CSSP – aux alentours de 1’000 par an –, il passe de plus de 800 à plus de 1’200 entre 1991 et 1994 pour l’ensemble des CCS. Cette augmentation n’a toutefois pas été continue: recul en 1992, forte croissance en 1993 (+ 55 %) et croissance plus modérée en 1994. Avant 1993, le CSSP effectuait à lui seul plus de nouvelles consultations que l’ensemble des CCS, alors qu’il ne dessert directement que 35 % des habitants de la sous-préfecture. En 1993, le CSSP et les CCS font jeu égal et l’année suivante ces derniers pratiquent 24 % de nouvelles consultations de plus que le CSSP. L’évolution divergente entre le CSSP et les CCS est nettement plus marquée pour les anciennes consultations. Leur nombre diminue constamment au CSSP de 1991 à 1994 (– 35 % sur quatre ans et – 30 % entre 1993 et 1994). Il augmente par contre globalement de 1991 à 1994 pour l’ensemble des CCS, d’environ 2’700 à 3’000 (+ 12 %), après une pointe à 3’500 en 1994. Contrairement aux nouvelles consultations, les anciennes étaient plus nombreuses dans les CCS qu’au CSSP déjà en 1992 et en 1993. Par la suite l’écart se creuse fortement, si bien qu’en 1994 les CCS pratiquent ensemble presque deux fois plus d’anciennes consultations que le CSSP (mais seulement 1,2 fois plus de nouvelles consultations).

Tableau 19 Evolution du nombre de nouvelles et d’anciennes consultations prénatales, du nombre moyen de consultations par femme et du taux de fréquentation (au moins une CPN) par rapport aux naissances attendues dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994 (sources: rapport mensuel d’activité des maternités).

		1991				1992				1993				1994			
		N	Moy/F	Tx %		N	Moy/F	Var. %	Tx %	N	Moy/F	Var. %	Tx %	N	Moy/F	Var. %	Tx %
CSSP	NC	1’024		116		984		-3.9	108	1’058		7.5	113	995		-6.0	103
	AC	2’500				2’420		-3.2		2’318		-4.2		1’621		-30.1	
	Tot	3’524	3.4			3’404	3.5	-3.4		3’376	3.2	-0.8		2’616	2.6	-22.5	
Tous CCS	NC	825		50		709		-14.1	42	1’096		54.6	63	1’237		12.9	69
	AC	2’720				2’799		2.9		3’536		26.3		3’035		-14.2	
	Tot	3’545	4.3			3’508	4.9	-1.0		4’632	4.2	32.0		4’272	3.5	-7.8	
Total	NC	1’798		71		1’693		-5.8	65	2’154		27.2	80	2’232		3.6	81
	AC	5’220				5’219		0.0		5’854		12.2		4’656		-20.5	
	Tot	7’000	3.9			6’912	4.1	-1.3		8’008	3.7	15.9		6’888	3.1	-14.0	

Il en résulte que le nombre moyen de consultations par femme participant aux séances prénatales est en moyenne plus élevé dans les CCS qu'au CSSP d'environ une unité, écart presque constant de 1991 à 1994 (cf. Tableau 19). De 1991 à 1993, le nombre moyen de consultations par femme fluctue de 3,2 à 3,5 au CSSP, avant de tomber à 2,6 en 1994. Pour les CCS, il passe de 4,3 en 1991 à 3,5 en 1994, après avoir culminé à 4,9 en 1992. Pour l'ensemble des services publics de la sous-préfecture le nombre moyen de consultations par femme tourne autour de 4 de 1991 à 1993 et de 3 pour 1994. Cette sensible diminution découle à la fois de l'augmentation du nombre de nouvelles consultations et de la diminution du nombre des anciennes.

Il y a donc clairement au cours du temps une évolution de la structure des consultations prénatales à l'échelle de la sous-préfecture. Le taux de couverture¹ augmente légèrement (de 71 % en 1991 à 81 % en 1994, après une régression à 65 % en 1992), alors que le nombre d'anciennes consultations diminue. En d'autres termes, plus de femmes participent aux consultations prénatales, mais moins souvent. Le taux de couverture pour le CSSP de Ouessè, rapporté aux trois seules communes qu'il dessert directement, est anormalement élevé. De 1991 à 1994, il s'inscrit dans une fourchette de 103 à 116 %. Pour l'ensemble des CCS, le taux de couverture diminue de 50 % en 1991 à 42 % en 1992, avant d'augmenter à 63 % en 1993 et à 69 % en 1994. Le taux de couverture pour la sous-préfecture est plus élevé que la moyenne nationale (80 contre 69 % en 1993) et identique à celle du Zou. Le nombre moyen de nouvelles consultations par femme y est légèrement supérieur à la moyenne nationale (3,7 contre 3,3 en 1993) et très proche de celle du Zou (3,6).

Les valeurs fournies pour l'ensemble des CCS masquent d'énormes différences d'un CCS à l'autre, qui découlent tant des pratiques des agents de santé les desservant que des habitudes de recours des femmes de chaque commune. Ainsi, de 1991 à 1994, la maternité du CCS de Toui enregistre toujours le minimum du nombre moyen de consultations par femme (de 2,5 à 3,3), alors que les maxima s'étalent de 5,9 à 11,2, selon les années, toujours enregistrés à Kémon, depuis que le CCS y est ouvert (fin 1992). Les variations du nombre de nouvelles consultations d'une année à l'autre peuvent aussi être fort divergentes selon les maternités de CCS. Entre 1993 et 1994, par exemple, le nombre de nouvelles consultations diminue de 10 % au CCS de Challa Ogoï, alors que dans le même temps il augmente de 67 % au CCS de Djegbé. Plus qu'à des modifications de pratiques des sages-femmes ou de la population, ou à des changements de sages-femmes, ces variations parfois importantes du nombre de nouvelles consultations résultent de variations annuelles du nombre de naissances dans chaque commune. On observe en effet un certain mouvement de balancier: le CCS qui enregistre la plus forte augmentation du nombre de nouvelles consultations prénatales un année enregistrera la plus forte diminution (ou la moins forte progression) l'année suivante; et inversement.

Ces importantes variations du nombre de nouvelles consultations débouchent forcément sur des taux de couverture divergeants. De 1991 à 1994, les taux minimums vont de 30 à 51 %, selon le CCS et l'année, alors que les taux maximums s'échelonnent entre 71 et 88 %. Les taux sont les plus bas pour la commune de Challa Ogoï en 1991 et 1992, puis pour celle de Kémon les deux années suivantes. Ainsi, en 1993 et 1994, la commune de Kémon enregistre à la fois le taux de couverture le plus bas de la sous-préfecture, mais aussi le nombre moyen de consultations par femmes le plus bas.

Les taux de couverture dépassant les 100 % pour le CSSP appellent quelques commentaires. La classification en nouvelles ou anciennes consultantes s'entend par service de santé, de sorte qu'une femme pratiquant deux consultations prénatales dans deux services

¹ Nombre de nouvelles consultantes fois 100 divisé par le nombre de naissances attendues, avec un taux de natalité estimé à 5 %.

différents sera comptabilisée comme deux nouvelles consultantes, alors que si elle était restée dans le même service, il y aurait eu une nouvelle et une ancienne consultation. Cela explique en partie le taux de couverture élevé obtenu par le CSSP de Ouessè. En effet, une partie des femmes des communes de Gbanlin et de Djegbé effectuent une ou deux consultations prénatales, plus rarement toutes leurs consultations prénatales au CSSP, en plus ou à la place de celles effectuées dans leur CCS. Ce comportement s'explique d'une part par certaines grossesses à risque qui sont référées au CSSP pour un contrôle et, d'autre part et surtout, par l'autoréférence (cf. partie III, chap. 3e) de femmes souhaitant avoir un deuxième avis sur le déroulement de leur grossesse. Ce phénomène est aussi très fréquent à l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané, où les femmes n'habitant pas les villages alentours ne s'y rendent généralement qu'une fois au cours de leur grossesse (du moins celles qui y vont). Ce rôle de référence et d'autoréférence du CSSP de Ouessè pour les consultations prénatales explique aussi pourquoi le nombre moyen de consultations par femme y est inférieur à celui enregistré dans les CCS.

Il n'est de plus pas exclu que le taux de natalité de 5 % appliqué à la sous-préfecture de Ouessè soit légèrement sous-évalué. L'erreur se situerait alors au niveau d'un dénominateur trop faible (le taux de natalité dans la sous-préfecture serait en fait supérieur aux 5 % communément utilisés au Bénin pour estimer le nombre de naissances attendues). Ce dénominateur pourrait aussi être sous-évalué parce que la population totale à laquelle est appliquée le taux de naissance de 5 % est probablement aussi légèrement sous-évaluée: d'une part certaines personnes ont certainement échappé au recensement national de la population de 1992, d'autre part, l'immigration fait probablement croître la population de la sous-préfecture plus rapidement que la moyenne nationale.

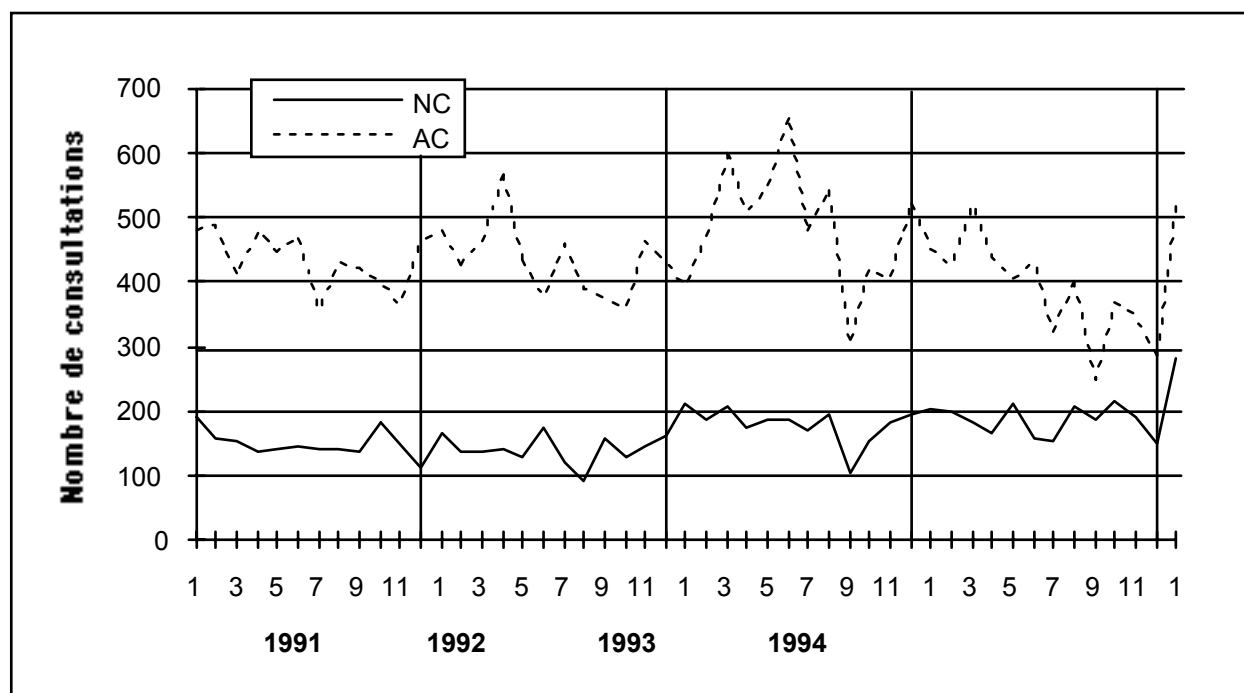


Figure 32 Evolution mensuelle du nombre de nouvelles et d'anciennes consultantes pour la consultation prénatale dans l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture du Ouessè, de 1991 à 1994 (sources: rapports mensuels d'activité).

Bien qu'en forte progression entre 1991-1992 et 1994, le taux de couverture des CCS pour les consultations prénatales reste éloigné de 100 %. Divers facteurs pourraient l'expliquer:

- il existe toujours des “réfractaires”, notamment parmi les femmes *peul*;
- l’accessibilité des femmes aux maternités des CCS est parfois mauvaise (plusieurs kilomètres à parcourir à pied, aller simple);
- certaines femmes se contentent des consultations prénatales dispensées par la matrone de leur UVS, bien que la plupart des matrones pratiquant encore les consultations prénatales aient pour consigne d’encourager les femmes enceintes à aller aussi au moins une fois dans une maternité. Certaines femmes de la commune de Toui ne fréquentent de plus que l’hôpital Saint-Martin de Papané pour les consultations prénatales.

Contrairement à ce que nous avons relevé pour les soins curatifs, on n’observe pas d’effet saisonnier marqué pour les consultations prénatales (cf. Figure 32). Il existe toutefois pour les nouvelles consultations et plus encore pour les anciennes un creux estival d’un ou deux mois, généralement sur la période allant juillet à septembre, coïncidant avec le pic des travaux champêtres. Cela suggère que, en raison de l’importante charge de travail du moment et souvent aussi de l’habitat temporaire dans les hameaux de culture, certaines femmes renoncent à une séance de consultation prénatale ou la diffèrent.

Les accouchements

La plupart des infirmières ou sages-femmes affirment que toutes les femmes du village abritant leur maternité viennent y accoucher (mais seulement une minorité des femmes *peul*). Celles qui sont en poste depuis longtemps, comme à Gbanlin, connaissent bien tout le monde et peuvent exercer un contrôle serré. Lorsque les femmes sont surprises aux champs par l’accouchement, elles viendraient après coup à la maternité, avec l’enfant. Rares seraient les femmes venant accoucher en maternité sans y avoir suivi au préalable des consultations prénatales. Ce cas de figure serait même inconnu à la maternité de Gbanlin.

Dans les villages avec une UVS fonctionnelle, la plupart des femmes y accouchent, de sorte que dans plusieurs communes la presque totalité des parturientes viennent du village même où est installé la maternité, les autres étant des grossesses à risque détectées lors des consultations prénatales ou des femmes préférant une assistance plus professionnelle que celle d’une matrone. Durant les trois années sur lesquelles portent nos informations (1992 à début 1995), la tendance générale, avec de grandes différences d’un village à l’autre, est à la diminution des accouchements en UVS et à leur augmentation en maternité. Cela résulte de la cessation d’activité de certaines matrones et de modifications dans les habitudes des femmes. Par exemple, les femmes de Wokpa, village de colonisation agricole *fon* sans UVS, accouchaient encore à domicile ou dans les UVS de Tosso ou de Vossa en 1992, alors que l’année suivante elles accouchaient surtout à la maternité de Gbanlin. De même, les femmes de certains villages de la commune d’Odougba, notamment N’gbéhouédo, délaissent de plus en plus leur UVS au profit de la maternité du CSSP.

Dans les villages avec une UVS fonctionnelle, il arrive que la matrone soit absente et les femmes accouchent alors à domicile. Dans ce cas, il existe souvent au village d’autres femmes expérimentées pour assister les parturientes. Il arrive aussi que les matrones des UVS effectuent des accouchements à domicile, conformément aux désirs des femmes et de leur entourage, voire que cela devienne la règle chez certaines matrones. Cette pratique est condamnée par les médecins et les sages-femmes, mais certaines matrones préfèrent se déplacer plutôt que de risquer un accouchement non assisté par elles. D’autres matrones ne se rendent à domicile que si la parturiente n’a pas eu le temps d’arriver à l’UVS. Par contre, les femmes de colons agricoles dispersées dans des fermes à plusieurs kilomètres des villages accouchent généralement à domicile, même si certaines d’entre elles sont venues aux consultations prénatales.

Au CSSP, les femmes accouchent couchées sur le dos, alors qu'elles accouchaient traditionnellement accroupies. Les femmes ne demanderaient jamais d'accoucher ainsi et ne se plaindraient pas de la position couchée. Les sages-femmes de certains CCS (Kilibo, Kémon...) ne sont pas aussi catégoriques. Il arrive, rarement, que des femmes y accouchent accroupies: "On accepte, sinon elles vont fuir la prochaine fois."

Pendant l'accouchement au CSSP, seul le personnel médical a accès à la salle d'accouchement. Mères, belles-mères, soeurs ou amies attendent devant la salle, qu'elles nettoieront après l'accouchement. Elles demandent souvent de pouvoir entrer pendant l'accouchement, ce qu'on leur refuse "pour des questions d'hygiène". Les maris "rôdent autour de l'hôpital". Une fois dans la salle d'hospitalisation, ces accompagnatrices s'occupent du bébé. Une fois encore, les sages-femmes de certaines maternités sont plus souples. Elles acceptent la présence d'une parente, si elle insiste.

Le nombre absolu d'accouchements en maternité publique de la sous-préfecture de Ouessè augmente régulièrement de 1991 à 1993, tout en fluctuant fortement d'un mois à l'autre, puis stagne en 1994 au niveau de 1993 (cf. Tableau 20 et Figure 34). Il passe en effet d'environ 1'300 en 1991 à plus de 1'700 en 1993 (+ 33 %). De 1991 à 1993, cette croissance se traduit par une augmentation de 52 % à 65 % du taux d'accouchement en maternité par rapport aux naissances attendues. Ce taux diminue ensuite en 1994 (62 %). Il ne faut pas attacher trop d'importance à cette légère diminution, puisque le nombre réel de naissances varie aussi légèrement d'une année à l'autre par rapport aux naissances attendues. Ainsi, le taux d'accouchement assisté par des professionnels du secteur formel dans la sous-préfecture de Ouessè est très proche de celui du Zou (63 % en 1993) et nettement supérieur à la moyenne nationale (50 %).

L'augmentation du nombre d'accouchements est plus rapide dans les CCS qu'au CSSP de Ouessè, largement à cause de l'ouverture des CCS de Djegbé et de Kémon. Si bien qu'en 1994 le CSSP n'assure plus qu'à peine 44 % des accouchements du secteur public, contre presque 52 % en 1991. Le taux de couverture du CSSP, calculé pour les trois communes qu'il dessert directement, reste toutefois nettement plus élevé que le taux moyen des CCS. Il passe en effet au CSSP de 77 % en 1991 à 78 % en 1994, après un pic à 83 % en 1993, alors que pour l'ensemble des CCS il passe de 39 % en 1991 à 56 % en 1993 et 54 % en 1994. Ces différences s'expliquent par la très bonne accessibilité du CSSP pour les parturientes habitant les trois communes desservies par le CSSP (tous les villages sont à moins de quatre kilomètres) et par le rôle marginal des UVS dans ces trois communes.

Tableau 20 Evolution du nombre annuel et mensuel d'accouchements dans les maternités publiques de la sous-préfecture de Ouessè et du taux de couverture par rapport aux naissances attendues, de 1991 à 1994 (sources: rapport mensuel d'activité des maternités).

	1991				1992				1993				1994			
	N	N/12	%	Tx %	N	N/12	%	Tx %	N	N/12	%	Tx %	N	N/12	%	Tx %
CCS Ch. Ogoï	96	8	7.3	34.6	151	13	9.9	52.7	178	15	10.2	60.3	115	10	6.6	37.8
CCS Djegbé	0	0	0.0	0.0	82	7	5.4	69.4	74	6	4.2	60.8	116	10	6.7	92.6
CCS Gbanlin	129	11	9.8	47.7	132	11	8.7	47.4	177	15	10.2	61.7	158	13	9.1	53.5
CCS Kémon	0	0	0.0	0.0	41	3	2.7	20.1	149	12	8.5	71.1	152	13	8.8	70.4
CCS Kilibo	232	19	17.6	70.1	207	17	13.6	60.7	211	18	12.1	60.1	223	19	12.9	61.7
CCS Toui	181	15	13.8	40.0	166	14	10.9	35.6	179	15	10.3	37.2	214	18	12.3	43.2
Total CCS	638	53	48.5	38.8	779	65	51.1	46.0	968	81	55.5	55.5	978	82	56.4	54.4
CSSP Ouessè	677	56	51.5	76.7	745	62	48.9	81.9	775	65	44.5	82.7	756	63	43.6	78.4

Total	1'315	110	100.0	52.1	1'524	127	100.0	58.5	1'743	145	100.0	65.0	1'734	145	100.0	62.8

Le nombre d'accouchements varie fortement d'une maternité de CCS à l'autre. Cela résulte à la fois des variations de la taille de la population par commune, des taux de couverture et de l'éventuelle présence de services concurrents (UVS et hôpital Saint-Martin de Papané principalement, le secteur privé étant très marginal pour les accouchements). En 1994 par exemple, la maternité de Challa Ogoï a enregistré 115 accouchements, contre 223 pour celle de Kilibo, soit 10 et 19 accouchements par mois. La même année, le taux de couverture n'est que de 38 % à Challa Ogoï, après une forte chute par rapport à l'année précédente, et de 93 % à Djegbé (en forte progression), commune isolée et sans UVS. A cause de la concurrence des UVS de Toui PK et de Toui Gare et de l'hôpital Saint-Martin, ainsi que de la grande dispersion d'une partie de la population, le taux de couverture pour la commune de Toui reste bas de 1991 à 1994, fluctuant autour de 40 %.

Au-delà des fluctuations mensuelles, on observe tout de même un certain rythme saisonnier des accouchements. Sur la Figure 34 indiquant la moyenne mensuelle des accouchements en maternité calculée sur quatre ans, on observe une augmentation du nombre de naissances de février à mai, puis une diminution jusqu'en septembre (minimums en juillet et septembre), puis des valeurs fluctuant autour de la moyenne, sans véritable tendance, d'octobre à janvier. Ces variations sont peut-être liées à des rythmes biologiques, mais sans doute aussi en partie au calendrier agricole, les mois de juillet à septembre correspondant aux pointes de travail agricole, époque où une partie de la population vit dans des fermes dispersées en brousse. Il est probable que la proportion de femmes accouchant à domicile augmente alors.

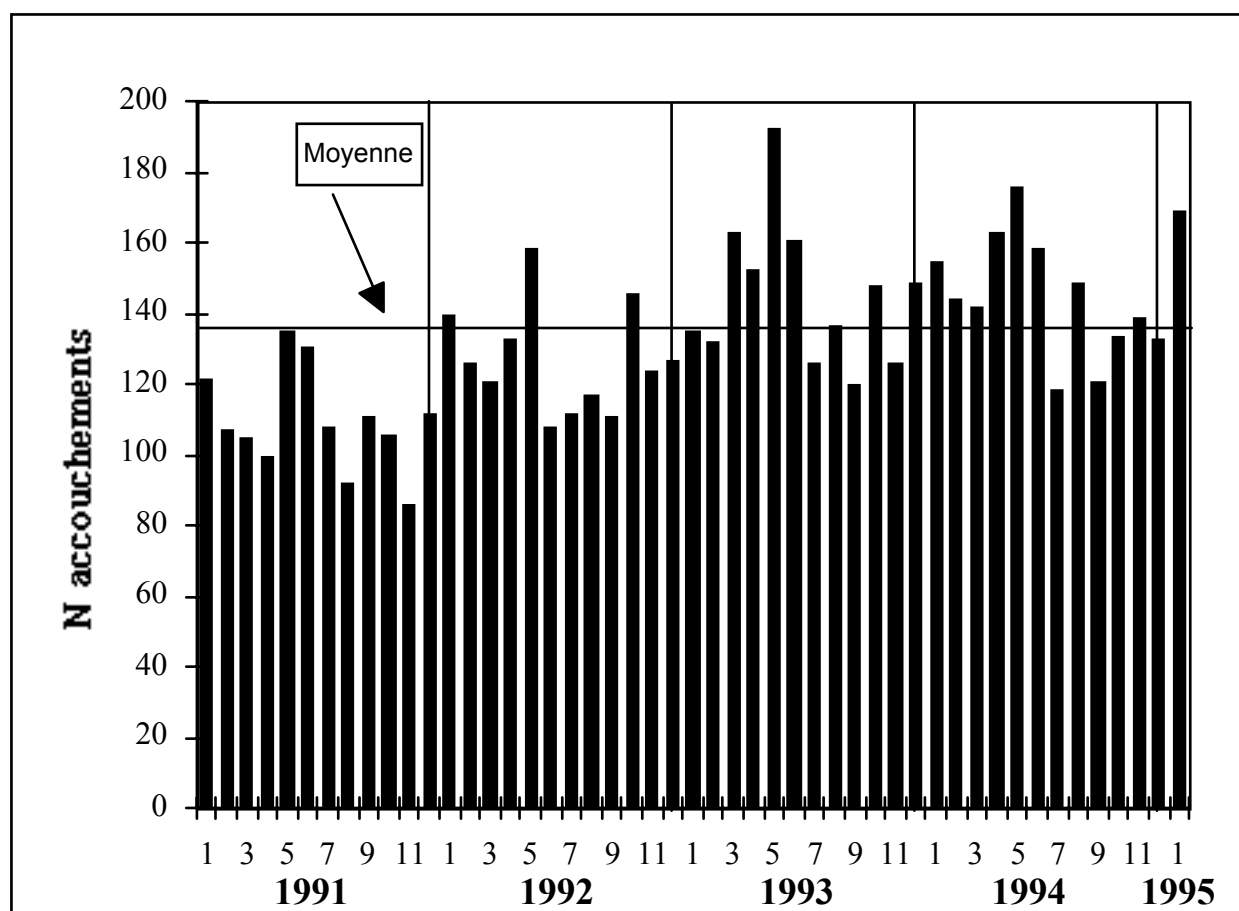


Figure 33 Evolution du nombre mensuel d'accouchements dans les maternités publiques de la sous-préfecture de Ouessè, de janvier 1991 à janvier 1995 (sources: rapports mensuels d'activité des maternités).

En principe les maternités des CCS n'hospitalisent pas pour d'autres causes que pour les accouchements. D'autre part, les sages-femmes déconseillent fortement les accouchements ambulatoires. Le nombre global d'hospitalisations pour l'ensemble des CCS est donc très proche de celui des accouchements, aussi bien en 1993 qu'en 1994. Avec 2,8 jours en 1993 et 3 jours en 1994, la durée moyenne d'hospitalisation en maternité de CCS est supérieure à celle relevée pour la maternité du CSSP. De plus, contrairement à cette dernière, elle tend à augmenter de 1993 à 1994. On enregistre cependant des variations non négligeables de durée moyenne du séjour d'une maternité à l'autre. En 1993, elle est comprise entre 2 jours, au CCS de Gbanlin, et 3,7 jours, à celui de Kilibo. En 1994, l'éventail est moins large: 2,4 jours au CCS de Djegbé à 3,2 jours aux CCS de Kémon, Kilibo et Toui. Pour l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture, la durée moyenne d'un séjour en maternité est de 2,4 jours en 1993 comme en 1994.

Infirmières et sages-femmes déplorent de manière récurrente que les femmes veuillent rentrer au plus vite chez elles après l'accouchement. Les véritables motifs de cet empressement ne sont pas toujours avoués (la famille veut avoir la mère et l'enfant auprès d'elle afin de s'éviter les déplacements, autres enfants à charge, travail ménager voire travaux champêtres). Certaines femmes se plaignent par exemple des moustiques infestant les maternités ou du froid. Autrefois, la durée des séjours recommandée dans certaines maternités était fort longue: jusqu'à huit jours. Cela posait notamment des problèmes pour l'organisation de cérémonies devant marquer le huitième jour de la naissance de l'enfant. Les durées recommandées – c'est-à-dire que les sages-femmes tentaient d'imposer, d'où parfois des "évasions", pour reprendre le terme en vigueur au

Bénin – ont progressivement été revues à la baisse. Vers 1993 – 1994, les sages-femmes du CSSP de Ouessè essayaient de persuader les femmes de rester au moins deux jours après l'accouchement. Cette consigne était loin d'être toujours respectée, puisque la durée moyenne de séjour en 1994 n'y était que de 1,6 jour. Il semblerait que, en milieu plus profondément rural, dans les communes externes à l'agglomération de Ouessè, infirmières et sages-femmes aient plus d'influence sur les femmes (et sur leurs maris?) et que leurs recommandations soient mieux respectées. En 1992, la sage-femme de Toui essayait de garder les accouchées durant cinq jours; mais elle admettait que beaucoup quittaient déjà après trois jours et même avant, si elles insistent beaucoup. A la même date, celle de Gbanlin affirmait que les accouchées restaient quatre à cinq jours à la maternité.

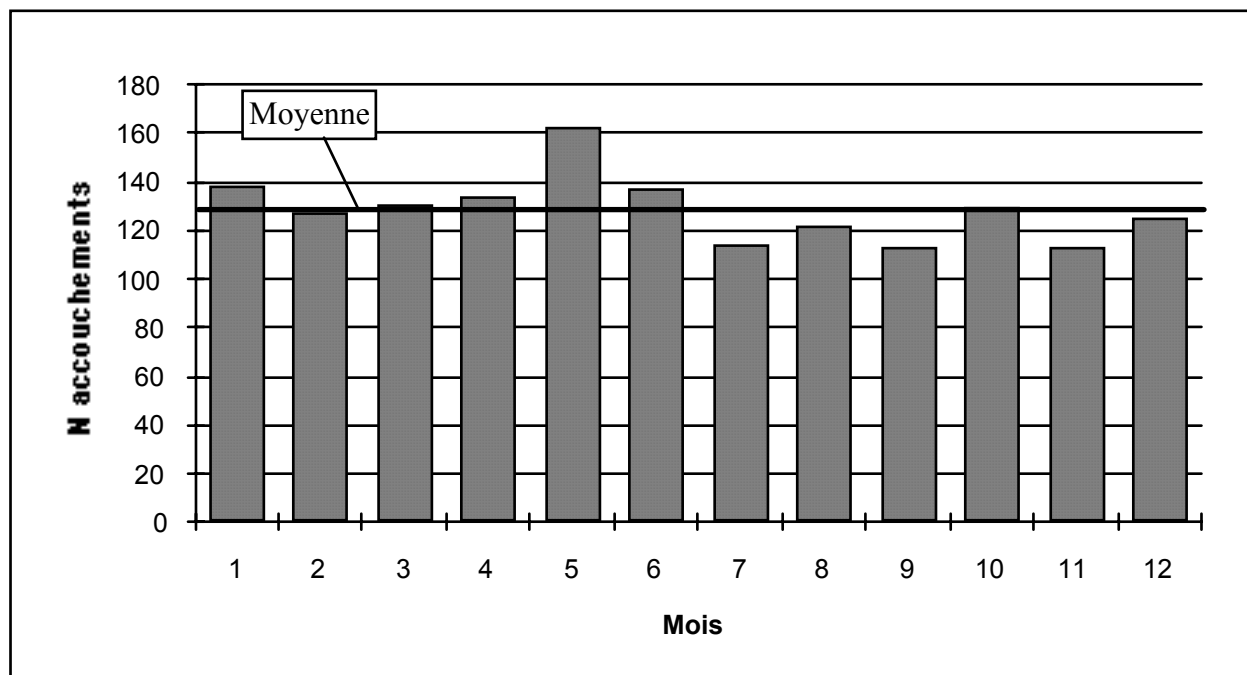


Figure 34 Nombre mensuel moyen de naissances dans les maternités de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994 (source: rapports mensuels d'activité des maternités).

Les consultations post-natales

Les consultations post-natales ont pour but de contrôler les femmes qui viennent d'accoucher (examen gynécologique, tension artérielle...) et leur enfants (examen, poids). Les sages-femmes en recommandent deux, intervenant idéalement 15 et 45 jours après l'accouchement.

De 1991 à 1994, le nombre total de consultations post-natales enregistrées dans l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture a beaucoup fluctué. Au nombre d'environ 600 en 1991, elles passent à environ 400 en 1992, avant de bondir à 850 en 1993 et de se stabiliser à ce niveau en 1994 (cf. Tableau 21). Le nombre de nouvelles consultations passe d'environ 480 en 1991 à 770 en 1994, après une diminution à 360 en 1992. Le nombre d'anciennes consultations est encore plus fluctuant, tout en s'inscrivant à la baisse. Parmi les femmes qui pratiquent la consultation post-natale, rares sont en effet celles qui suivent les deux consultations préconisées. Le nombre moyen de consultation par femme est de 1,4 en 1991, mais de seulement 1,1 à 1,2 pour les années suivantes. Le taux de couverture pour les nouvelles consultations post-

natales, calculé à partir du nombre de naissances attendues, reste faible, bien qu'il ait doublé de 1992 à 1994 (de 14 à 28 %).

En 1991 le CSSP de Ouessè a effectué à lui seul 77 % du total des consultations post-natales pratiquées par les services de santé publics de la sous-préfecture. Cette proportion diminue par la suite continuellement et, en 1994, ce sont pour la première fois l'ensemble des CCS qui pratiquent la majorité des consultations post-natales (61 %). Cette évolution est en partie due à l'ouverture de deux nouveaux CCS en 1992. La proportion d'anciennes consultations tend à diminuer plus rapidement au CSSP que dans les CCS. Le taux de couverture pour les nouvelles consultations post-natales est toujours nettement supérieur dans les communes desservies par le CSSP que dans les communes desservies par un CCS. Cet écart s'est cependant fortement réduit entre 1991 et 1994, du fait d'une stagnation du nombre de nouvelles consultations au CSSP et de leur très forte augmentation dans les CCS (cf. Tableau 21).

Tableau 21 Evolution du nombre de nouvelles et d'anciennes consultations post-natales, du nombre moyen de consultations par femme et du taux de fréquentation par rapport aux naissances attendues pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994 (sources: rapports mensuels d'activité des maternités).

		1991		1992			1993			1994		
		N	Moy/F Tx %	N	Moy/F	Var. % Tx %	N	Moy/F	Var. % Tx %	N	Moy/F	Var. % Tx %
CSSP	NC	317	35.9	176		-44.5 19.4	360		104.5 38.4	310		-13.9 32.1
	AC	143		43		-69.9	76		76.7	34		-55.3
	Tot	460	1.5	219	1.2	-52.4	436	1.2	99.1	344	1.1	-21.1
Tous CCS	NC	101	6.1	185		83.2 10.9	335		81.1 19.2	457		36.4 25.4
	AC	34		5		-85.3	79		1480.0	82		3.8
	Tot	135	1.3	190	1.0	40.7	414	1.2	117.9	539	1.2	30.2
Total	NC	418	16.6	361		-13.6 13.9	695		92.5 25.9	767		10.4 27.8
	AC	177		48		-72.9	155		222.9	116		-25.2
	Tot	595	1.4	409	1.1	-31.3	850	1.2	107.8	883	1.2	3.9

Les sages-femmes et infirmières des maternités ont toutes insisté sur la difficulté qu'elles avaient à persuader les femmes d'effectuer au moins une consultation post-natale. Ces dernières seraient si réticentes que plusieurs maternités, toutes du nord-est de la sous-préfecture (Toui, Kilibo et Kémon), on renoncé à organiser des journées dédiées spécifiquement à cette activité, préférant souvent fixer des rendez-vous individuels à la sortie de la maternité. Alors que les consultations prénatales sont entrées dans les habitudes et qu'il est facile d'en montrer l'utilité aux femmes enceintes, il n'en va pas de même pour les consultations post-natales. Ce constat est d'ailleurs récurrent pour l'ensemble du Bénin. Les femmes considèrent que c'est la grossesse et l'accouchement qui présentent un risque pour elles et l'enfant. Une fois que ce dernier est né, surtout si l'accouchement s'est déroulé sans complication, elles ont le sentiment que ce cycle reproductif est achevé. Elles ne voient alors plus la pertinence de contrôles liés à l'accouchement.

Pour lutter contre ce peu d'engouement, certaines sages-femmes sont tentées par des mesures coercitives douces (visites à domicile pour les inviter, invitation expresse lors de l'accouchement à se présenter dans 15 jours) et/ou plus musclées ("Si j'ai un peu de temps, j'impose la consultation post-natale en même temps que la vaccination. Mais je donne la priorité

à la vaccination”; une autre relève une forte augmentation des consultations post-natales entre 1992 et 1993, car elle a “fait une sensibilisation”, c’est-à-dire qu’elle garde le carnet de santé des femmes après l’accouchement, indispensable pour aller aux séances de pesée du centre social, et qu’elle ne le rend que lors de la consultation post-natale!). En 1994, la sage-femme de Kémon commence à pratiquer de même, sans tenter de fixer un second rendez-vous lorsqu’elles viennent le récupérer. Celle de Toui y a renoncé. Dans cette commune, cette stratégie s’est révélée inefficace, les femmes renonçant à récupérer leurs carnets! Seule la sage-femme de Challa Ogoï parviendrait à faire venir une fois en consultation post-natale chacune des femmes qui a accouché à la maternité, et cela, sans recourir à la rétention du carnet de santé.

Les consultations des enfants sains de 0 à 11 mois

La consultation des enfants sains constitue essentiellement un suivi de croissance des enfants de moins d’une année, avec conseils nutritionnels et d’hygiène. La situation se présente différemment au CSSP de Ouessè, voisin du centre social qui assure un suivi de croissance des jeunes enfants des communes alentour, et dans les CCS. Au CSSP, la consultation des enfants sains est couplée avec les consultations post-natales des mères. Les rares mères qui ont effectué les deux visites post-natales prévues et les deux premières consultations des enfants sains pour leur nouveau-né sont ensuite référées au centre social, pour y poursuivre l’équivalent de la consultation des enfants sains. Cela implique que le nombre total de consultations des enfants sains de moins d’un an y est presque identique à celui des consultations post-natales et d’au plus deux par enfant. Dans les CCS, la consultation des enfants sains de 0 à 11 mois est souvent associée à la vaccination hebdomadaire à la maternité et parfois en stratégie avancée. Alors qu’au centre social c’est la distribution de vivres qui motive les mères à contrôler la croissance de leurs enfants, c’est souvent la vaccination, en général très prisée, qui joue ce rôle dans les CCS. Dans ce cas, l’enfant ne peut pas espérer plus de 4 ou 5 pesées jusqu’à un an, alors qu’au centre social le suivi est mensuel.

De 600 à 700 consultations des enfants sains au total (1991 et 1992), ces dernières passent à 1’500 en 1993, avant de fléchir à 1’300 en 1994 pour l’ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture (cf. Tableau 22). Les anciennes comme les nouvelles consultations suivent en gros la même évolution, de sorte que le nombre moyen de consultations par enfant est presque stable (de 1,5 à 1,8). Ce dernier est à peine plus élevé que celui des consultations post-natales (de 1,1 à 1,4 selon l’année), ce qui montre bien que les femmes effectuent une, parfois deux consultations peu après leur grossesse, à la fois pour elles et pour leurs enfants, puis qu’elles cessent le plus souvent de fréquenter la consultation des enfants sains, en même temps que leurs consultations post-natales. Il est à remarquer les sages-femmes et infirmières des CCS parviennent un peu mieux que celles du CSSP à motiver les femmes pour qu’elles ne cessent pas la consultation des enfants sains après la première visite. Au CSSP, le nombre moyen de consultations est bas et il s’inscrit clairement à la baisse (de 1,6 à 1,1 de 1991 à 1994), alors qu’aux CCS il fluctue légèrement autour de 2 visites par enfant (qui a effectué au moins une visite). Par ailleurs, le nombre de nouvelles consultations est en forte progression dans les CCS, avec toutefois un léger tassement en 1994, alors qu’il ne progresse que lentement au CSSP.

Le taux de couverture pour les nouvelles consultations et pour l’ensemble de la sous-préfecture, calculé à partir du nombre de naissances attendues, est très proche de celui des consultations post-natales. Il est lui aussi bas, mais en forte progression entre 1991-1992 (15 à 17 %) et 1993-1994 (28 à 32 %). Ici encore, il est plus élevé pour les communes desservies par le CSSP que par celles desservies par les CCS, mais les écarts sont moins importants que pour les consultations post-natales.

Chaque maternité du secteur public devrait encore assurer le suivi de croissance des enfants sains de 12 à 35 mois, c'est-à-dire de la population la plus à risque de malnutrition. Dans la sous-préfecture de Ouessè, cette activité n'est pratiquée que par deux maternités de CCS, et encore à un très faible niveau et avec parfois des interruptions de plusieurs mois. Le personnel de la maternité du CSSP de Ouessè n'organise pas du tout de telles séances, arguant du fait que le centre social voisin propose la même activité (avec en plus des quasi dons d'aliments de base pour les bébés!). Pour les enfants d'un à trois ans, l'activité des maternités est si marginal que nous ne l'avons pas étudié. Il en va de même pour le planning familial.

Tableau 22 Evolution du nombre de nouvelles et d'anciennes consultations des enfants sains de 0 à 11 mois, du nombre moyen de consultations par enfant et du taux de fréquentation par rapport aux naissances attendues pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994 (sources: rapport mensuel d'activité des maternités).

		1991			1992				1993				1994			
		N	Moy/F	Tx %	N	Moy/F	Var. %	Tx %	N	Moy/F	Var. %	Tx %	N	Moy/F	Var. %	Tx %
CSSP	NC	268		30.4	174		-35.1	19.1	338		94.3	36.1	312		-7.7	32.3
	AC	149			44		-70.5		73		65.9		37		-49.3	
	Tot	417	1.6		218	1.3	-47.7		411	1.2	88.5		349	1.1	-15.1	
Tous CCS	NC	97		5.9	274		182.5	16.2	514		87.6	29.5	462		-10.1	25.7
	AC	112			198		76.8		573		189.4		481		-16.1	
	Tot	209	2.2		472	1.7	125.8		1'087	2.1	130.3		943	2.0	-13.2	
Total	NC	365		14.5	448		22.7	17.2	852		90.2	31.8	774		-9.2	28.0
	AC	261			242		-7.3		646		166.9		518		-19.8	
	Tot	626	1.7		690	1.5	10.2		1'498	1.8	117.1		1'292	1.7	-13.8	

Nous ne voudrions pas terminer la description des activités spécifiques aux maternités sur cette note négative. S'il faut bien admettre que les consultations post-natales, les consultations des enfants sains de 0 à 11 mois et plus encore de 12 à 35 mois, ainsi que le planning familial n'emportent guère l'adhésion des populations cibles dans la sous-préfecture de Ouessè et au Bénin en général, force est de constater que les autres activités des maternités – consultations prénatales, accouchements et vaccination –, peut-être plus importantes encore en termes de santé publique, connaissent un vif succès dans la sous-préfecture de Ouessè. Surtout si on le compare avec d'autres régions du Bénin, notamment le pays *bariba*, où les femmes accouchent peu en maternité (SARGENT, 1985), ou avec d'autres régions d'Etats voisins, comme le Nord-Nigeria dont les maternités ne sont quasiment pas utilisées (STOCK, 1987). De plus, le succès des consultations prénatales et de la vaccination, mais aussi la faible utilisation des consultations curatives au Bénin ne concordent pas avec le constat fréquent dans les pays en développement d'activités préventives négligées par la population au profit des soins curatifs (PHILLIPS, 1990; FASSIN, 1992).

La vaccination

Chaque service de santé public doit assurer la vaccination de la population cible relevant de son aire d'attraction officielle. Bien qu'il soit souvent préconisé de saisir chaque occasion – notamment les consultations curatives – pour vérifier la couverture vaccinale des bébés et des femmes en âge de procréer et, au besoin, effectuer les vaccins manquants, la vaccination n'est

dans les faits pratiquée qu'en des occasions spécifiques dans la sous-préfecture de Ouessè et, semble-t-il, plus généralement au Bénin.

La plupart des maternités consacrent une journée par semaine, plus rarement une par mois (Kilibo jusqu'à fin 1993), à la vaccination des enfants et des mères en leurs murs. Ces séances sont souvent couplées avec les consultations prénatales. La maternité de Toui vaccine le vendredi, jour du marché, ce qui lui permet aussi de toucher des mères et des enfants des villages voisins. A Gbanlin, la vaccination a lieu une ou deux fois par mois devant la maternité, lors du passage de l'infirmier de Tosso. Kilibo est le seul CCS qui, à partir de 1994, vaccine tous les jours¹. En fait, ce CCS est le seul qui, à partir du début de l'année 1995, fait preuve d'une grande souplesse dans l'utilisation des différentes prestations de SMI. La consultation prénatale y a lieu le mercredi pour les anciens cas et le vendredi pour les nouveaux cas, mais toute femme qui se présente est acceptée, quel que soit son statut. La vaccination est disponible tous les jours. Les consultations post-natales sont prévues le lundi. En fait elles sont disponibles tous les jours, car les femmes qui viennent d'accoucher et se rendent au dispensaire pour vacciner leur enfant sont ensuite envoyées à la maternité voisine pour la consultation post-natale. De plus, tous les enfants venant pour la vaccination sont ensuite dirigés vers la maternité pour la consultation des enfants sains. Avec l'arrivée d'une nouvelle sage-femme et d'un nouvel infirmier, le CCS de Kilibo mise résolument sur la commodité d'utilisation de la SMI, en élargissant sa disponibilité, pour augmenter sa fréquentation. Ici, point de coercition, point d'amende pour les accouchements à domicile et il est même possible aux femmes ayant accouché ailleurs de s'inscrire lors de la vaccination (contre 500 FCFA tout de même) dans le cahier des accouchements qui sert de base au maire pour l'établissement des certificats de naissance.

En outre, tous les services de santé publics organisent une "stratégie avancée" consistant à visiter une fois par mois chaque village de leur aire d'attraction officielle. En allant régulièrement au devant de la population cible selon un calendrier communiqué aux autorités locales, la stratégie avancée a pour objectif d'augmenter fortement les taux de couverture vaccinale. Au moins, tous les villages officiels doivent être visités. Dans les faits, tous les villages non officiels de quelque importance de la sous-préfecture de Ouessè reçoivent également la visite de l'infirmier de la commune, de même que certains hameaux². Les demandes de la population et l'initiative des agents de santé locaux jouent un rôle prépondérant dans la décision de visiter des villages et hameaux non officiels. Dans plusieurs localités abritant un service de santé public, les agents de santé pratiquent aussi la stratégie avancée sur une place de l'agglomération (à Kémon, une fois par mois, et à Challa Ogoï, deux fois par mois, dans plusieurs des villages officiels qui la constituent (à Laminou/Attannondoho et à Botti/Gbémé/Kpassa pour Ouessè et à Kilibo Adjougou et à Kilibo Olata pour Kilibo), voire dans plusieurs quartiers (trois à Toui), en plus de la vaccination hebdomadaire à la maternité même.

Que ce soit pour la vaccination à la maternité ou en stratégie avancée, la manière de contacter la population cible est dans les faits largement laissée à l'initiative des agents vaccinateurs et des autorités locales. Certains pratiquent le "dépistage actif", c'est-à-dire qu'ils vont chercher ou envoient chercher individuellement les mères dont l'enfant est en âge d'être vacciné. En vain parfois. Cela est d'autant plus facile que les services de santé conservent les cartes de vaccination, sur lesquelles toutes les informations nécessaires figurent. Mais si l'enfant n'a jamais commencé la vaccination, aucune carte n'a été établie à son nom. Les agents de santé peuvent cependant compter sur leur connaissance de la population et, surtout, sur celle des

¹ Ainsi que, semble-t-il, le dispensaire de Kokoro.

² Dans la commune de Kémon, par exemple, la vaccination est très décentralisée dès 1994, avec de la stratégie avancée dans quatre campements *peul* et en trois autres points desservant quatre hameaux de colons agricoles de l'Atacora. Hors de l'agglomération, l'infirmière peut compter sur l'aide de "dépisteurs" locaux pour repérer et faire venir la population cible.

agents villageois locaux qui les épaulent souvent pour la vaccination. Cette aide n'existe toutefois pas dans l'agglomération de Ouessè, dont les agents du CSSP connaissent de surcroît mal la population en raison de sa taille. Ailleurs, le chef du village fait "gongonner" (crieur public avec tambour) la veille. Ailleurs encore, les secouristes et matrones locaux avertissent la population concernée. A Kémon, la famille de chaque enfant de la population cible, repéré à partir des cartes de vaccination restant au CCS, est individuellement prévenue la veille par le secouriste, "mais toutes les mères ne viennent pas". Le succès de ce dépistage actif est moindre pour les jeunes filles. Elles ne sont intéressées par la vaccination antitétanique qu'à partir du moment où elles sont enceintes. Dans d'autres communes, comme Challa Ogoï, ce sont les membres locaux des COGEC qui font la tournée de la population cible d'un village, en s'aidant des cartes de vaccination remises par l'infirmier. Dans cette commune, le représentant au COGEC d'Idouya utilise la "chicote" (une verge) pour faire sortir les femmes à la vaccination. Il arrive aussi que les autorités locales soient négligentes et que les agents vaccinateurs doivent commencer leur séance par une tournée du village. Il est aussi fréquent que le dépistage actif et le dépistage passif (annonce de la séance à l'ensemble de la population) soient utilisés conjointement.

Certains agents de santé remarquent que la "mobilisation" – pour utiliser le terme consacré au Bénin – est moins bonne dans les gros villages que dans les petits. Dans certaines communes, peu de personnes assistent à la vaccination à l'époque des travaux champêtres, malgré les annonces préalables. Les femmes sont alors aux champs pour la journée, voire pour plusieurs jours ou semaines. Même si cela a pris du temps, une majorité de la population est aujourd'hui consciente de l'utilité de la vaccination, avec toutefois des nuances d'un village à l'autre: "Il a fallu dix ans à Kilibo pour que les gens soient bien sensibilisés aux bénéfices de la vaccination. Maintenant c'est la population qui réclame. C'est pareil à Yaoui, où après deux séances manquées faute de moto, c'est le délégué [*chef du village*] qui est venu demander que je vienne. A Kilibo Gare, la fréquentation de la vaccination est encore un peu faible" [*l'infirmier de Kilibo*].

Si la stratégie avancée permet d'améliorer nettement le taux de couverture vaccinale en allant à la rencontre de la population cible, il faut être conscient qu'elle a aussi un coût. Elle nécessite un moyen de transport (mobylette ou petite moto) pour l'infirmier et, surtout, conduit à la fermeture temporaire des dispensaires (ou à un dispensaire laissé sous la responsabilité d'un aide-soignant). Dans la sous-préfecture de Ouessè, le dispensaire de Tosso constitue l'exemple extrême: l'infirmier est absent tous les mardis, mercredis et vendredis matins pour cause de vaccination dans les villages de deux communes. Ce qui n'empêche d'ailleurs pas ce dispensaire d'enregistrer plus de nouveaux cas que n'importe quel autre dispensaires de la sous-préfecture.

Selon le principe de saisir toute occasion pour vacciner, tous les nouveau-nés quittant une maternité devraient être vaccinés contre la tuberculose (BCG). Il arrive toutefois souvent que le BCG ne soit administré – s'il l'est! – qu'après la sortie de la maternité, lors de la séance hebdomadaire de vaccination suivante à la maternité, ou plus tard. Sages-femmes et infirmières répugnent en effet à ouvrir un flacon (20 doses de vaccins) pour immuniser un ou deux enfants juste après la naissance, un flacon ouvert devant être jeté après un jour. Cette pratique est perçue par les agents de santé comme contradictoire avec la gestion rationnelle des médicaments que l'on exige d'eux. Le problème est le même lors du constat, durant une consultation curative, d'un retard vaccinal. Ce désir d'éviter tout gaspillage ainsi que certaines contraintes organisationnelles (surmontables) empêchent les agents de santé de pratiquer une vaccination au jour le jour.

Afin d'encourager les agents de santé dans ce sens tout en évitant le gaspillage, il conviendrait que les fabricants de vaccins proposent des conditionnements à dose unique ou à quelques doses. Il se peut que l'économie financière ainsi réalisée ne soit pas aussi importante

qu'il n'y paraisse, un flacon de 20 doses coûtant sans doute beaucoup moins que 20 fois une dose unique. Mais les agents de santé disposeraient alors d'un matériel adapté à cet idéal de vaccination en continu; en sus de la vaccination périodique. Il ne resterait alors plus qu'à vaincre une certaine inertie et à régler quelques détails pratiques.

Il est cependant bien difficile de déterminer si la peur du gaspillage constitue la principale motivation de l'absence de vaccination au jour le jour. Disposer en permanence de seringues (réutilisables) stérilisées est aussi contraignant et coûteux. Peut-être conviendrait-il d'utiliser des seringues jetables pour les vaccinations isolées. La vaccination étant gratuite, se poserait alors la question du financement (peu onéreux) de ces seringues.

Les agents de santé locaux ont souvent le sentiment que la couverture vaccinale de la population habitant un village disposant d'une maternité est excellente. L'absence de vaccination se rencontrerait essentiellement parmi les colons agricoles vivant à l'extérieur de ces villages.

Pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, le taux de couverture vaccinale pour le BCG, calculé par rapport au nombre de naissances attendues dans l'année, était de 96 %, en 1994 (cf. Tableau 23). Ce taux se situe entre celui du Bénin et celui de Zou (respectivement 91 et 98 % en 1993, cf. partie I, chap. 4c). Le taux de couverture pour l'antigène Polio 0 était nettement inférieur (81 %), mais ici encore intermédiaire entre le taux national (76 % en 1993) et le taux départemental (89 %). Les taux de couverture pour le DTCP 1 et le DTCP 2 sont aussi élevés que ceux pour le BCG (95 à 96 %), de sorte que l'on n'enregistre aucune déperdition dans la première moitié du calendrier vaccinal (le Polio 0 excepté). Pour le DTCP 1, la couverture vaccinale des enfants de la sous-préfecture se situe à nouveau entre la couverture nationale et celle du Zou, mais plus proche de cette dernière (respectivement 90 et 97 %). Pour le DTCP 2 par contre, la couverture dans la sous-préfecture est supérieure à celle du Zou (91 % en 1993) et plus encore à celle du Bénin (84 %). On assiste ensuite à une légère déperdition pour le DTCP 3 (88 %), qui reste supérieur aux moyennes nationales (77 %) et départementale (83 %). La déperdition est par contre sensible entre le DTCP 3 et le Rouvax, qui doit être administré plusieurs mois plus tard (70 %, valeur proche des moyennes nationale et départementale). En définitive, deux enfants de la sous-préfecture sur trois sont entièrement vaccinés avant l'âge d'un an, ce qui est nettement plus élevé que le taux de couverture complète atteint en 1993 pour l'ensemble du Bénin (55 %) et du Zou (53 %).

Pour le BCG et les trois doses DTCP, on observe que des taux de couverture supérieurs à 100 %, parfois assez nettement, dans certaines communes (cf. Tableau 23). Il peut y avoir plusieurs explications non exclusives:

- la population réelle de ces communes en 1992 est supérieure à celle qui y a été recensée lors du recensement national de la population;
- ces communes ont enregistré une forte immigration entre 1992 et 1994;
- le taux de natalité de ces communes a été supérieur en 1994 aux 5 % que nous avons utilisés pour définir le nombre de naissances attendues dans l'année;
- certains enfants ont été vaccinés hors de leur commune.

Cette dernière explication joue en tous cas pour le taux de couverture du BCG dans les communes de Ouessè et Laminou, desservies par le CSSP. La plupart des femmes de la commune d'Odougba, qui relève directement du CSSP, viennent en effet y accoucher. Beaucoup de nouveau-nés y reçoivent le BCG et parfois le Polio 0. Or, comme nous l'avons mentionné plus haut, la commune d'Odougba dépend officiellement du CCS de la commune de Gbanlin pour la vaccination. Il en résulte un gonflement du taux de couverture pour le BCG et peut-être le Polio 0 pour les communes de Ouessè et de Laminou, et une diminution de ces taux pour les communes de Gbanlin et d'Odougba considérées ensemble.

Sans rentrer dans les détails, on observe que, pour un même vaccin, les taux de couverture par zone de vaccination varient considérablement. Les taux maximums étant de 1,6 à 3,4 fois supérieurs aux taux minimums, selon le vaccin. Il ne semble pas y avoir de lien entre le taux d'utilisation des prestations curatives et celui de couverture vaccinale, puisque, par exemple, la commune de Djegbé enregistre à la fois le plus bas taux d'utilisation des services de santé, mais aussi les plus hauts taux de couverture vaccinale. A l'inverse, la commune de Gbanlin, qui enregistre les plus hauts taux d'utilisation des services de santé, connaît, conjointement avec celle d'Odougba, une couverture vaccinale parmi les plus basses. La couverture vaccinale reste partout supérieure à 80 % pour le BCG, le DTCP 1 et le DTCP 2. Elle passe sous la barre des 80 % pour le DTCP 3 dans les communes de Gbanlin/Odougba (75 %) et surtout dans celle de Kilibo (y compris le village l'Akpéro de la commune de Kémon; 55 %). Cette dernière commune enregistre encore une déperdition considérable pour le Rouvax (32 %). A l'inverse, la couverture vaccinale est très bonne dans les communes de Djegbé et de Toui, avec respectivement 95 et 82 % d'enfants complètement vaccinés. Mais des biais sont probables, au moins pour ces deux communes.

Tableau 23 Couverture vaccinale en 1994 des enfants de moins d'un an de la sous-préfecture de Ouessè, par zone de vaccination et antigène (source: rapports mensuels d'activité des services de santé publics et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	Pop. cible	BCG		Polio 0		DTCP 1		DTCP 2		DTCP 3		Rouvax		Complet	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comm. Gbanl.+Odoug.	571	316	55.3	186	32.6	420	73.6	464	81.3	426	74.6	391	68.5	354	62.0
Comm. Djegbé	125	170	135.7	138	110.1	170	135.7	158	126.1	166	132.5	125	99.8	119	95.0
Comm. Challa Ogoï	304	257	84.6	233	76.7	262	86.2	266	87.5	269	88.5	249	82.0	225	74.1
Kémon	161	213	132.3	144	89.4	212	131.7	213	132.3	188	116.8	133	82.6	112	69.6
Comm. Kilibo et Akp.	417	375	89.9	321	77.0	374	89.7	337	80.8	229	54.9	133	31.9	133	31.9
Comm. Toui	495	562	113.5	487	98.4	541	109.3	552	111.5	539	108.9	404	81.6	404	81.6
Total vaccin. CCS	2073	1893	91.3	1509	72.8	1979	95.5	1990	96.0	1817	87.6	1435	69.2	1347	65.0
Comm. Oues.+Lamin.	690	750	108.7	722	104.6	662	95.9	640	92.8	621	90.0	506	73.3	506	73.3
Total	2763	2643	95.7	2231	80.7	2641	95.6	2630	95.2	2438	88.2	1941	70.2	1853	67.1

Les femmes de 15 à 44 ans enceintes constituent la population cible pour la vaccination antitétanique. Le nombre de naissances attendues dans l'année fournit une approximation de la taille de cette population cible.

Le taux de couverture de la sous-préfecture de Ouessè pour le VAT 1 est de 74 % (cf. Tableau 24). Il diminue ensuite à 63 % pour le VAT 2 et à 58 % pour le VAT 3, puis chute à 17 % pour le VAT 4 et à 4 % pour le VAT 5. Les taux très faibles pour le VAT 4 et le VAT 5 montrent que les femmes se lassent des vaccinations répétées contre le même problème de santé, et cela d'autant plus que les agents de santé, considérant les femmes et leurs enfants comme plus ou moins protégés avec trois doses, ne mettent généralement pas beaucoup d'ardeur à motiver les femmes à atteindre le VAT 5. Les taux de couverture antitétanique de la sous-préfecture sont bien plus élevés que ceux relevés en 1993 pour l'ensemble de Zou et plus encore que pour le Bénin. Rappelons en effet que le taux de couverture pour le VAT 1 est de 61 % pour le Zou et de 53 % pour le Bénin, alors qu'il est de seulement 17 % pour le VAT 3, aussi bien pour le Zou que pour le Bénin. Seul le taux de couverture pour le VAT 5, partout très bas, est inférieur dans la sous-préfecture de Ouessè aux moyennes nationale et départementale.

En désagrégeant ces taux par zone de vaccination, on observe, plus encore que pour les premiers vaccins des enfants, que les taux de couverture du VAT 1 et du VAT 2 dépassent les 100 % dans certaines zones. Le taux de couverture pour le VAT 1 à Kémon atteint même 188 % et reste anormalement élevé pour le VAT 2 (152 %). Dans le même temps, le taux de couverture pour le VAT 1 peut être extrêmement faible dans certaines zones de vaccination: 28 % pour les communes de Gbanlin et d'Odougba, 43 % pour celle de Challa Ogoï et 44 % pour celles de Ouessè et de Laminou. C'est pour le VAT 3 que les écarts entre zones de vaccination sont proportionnellement les plus faibles, et de loin. On observe aussi que le taux de couverture pour le VAT 3 est nettement supérieur à celui du VAT 1 et du VAT 2 dans la commune de Challa Ogoï et celles de Ouessè et Laminou.

Tableau 24 Couverture vaccinale contre le tétanos des femmes de 15 à 44 ans de la sous-préfecture de Ouessè par zone de vaccination, en 1994 (source: rapports mensuels d'activité des services de santé publics et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	Pop. cible	VAT 1		VAT 2		VAT 3		VAT 4		VAT 5	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comm. Gbanlin+Odougba	571	161	28.2	169	29.6	102	17.9	8	1.4	7	1.2
Comm. Djegbé	125	151	120.5	131	104.6	75	59.9	19	15.2	3	2.4
Comm. Challa Ogoï	304	131	43.1	122	40.2	196	64.5	106	34.9	26	8.6
Kémon	161	303	188.2	245	152.2	127	78.9	12	7.5	5	3.1
Comm. Kilibo+vill. Akpéro	417	478	114.6	367	88.0	210	50.4	71	17.0	27	6.5
Comm. Toui	495	614	124.0	424	85.7	300	60.6	109	22.0	8	1.6
Total vaccin. CCS	2073	1837	88.6	1458	70.3	1010	48.7	325	15.7	76	3.7
Comm. Ouessè+Laminou	690	303	43.9	272	39.4	598	86.7	154	22.3	38	5.5
Total	2763	2140	77.4	1730	62.6	1608	58.2	479	17.3	114	4.1

N.B. Le taux de couverture est calculé par rapport au nombre de naissances attendues, puisque ce sont en priorité les femmes enceintes qui sont vaccinées. Le numérateur (nombre de doses administrées) comprend toutefois un petit nombre de doses administrées à des femmes de 15 à 44 ans non enceintes.

Ces résultats apparemment surprenants s'expliquent, mais en partie seulement. Connaître précisément la couverture vaccinale d'une population nécessiterait des enquêtes spécifiques. Or il s'agit d'une tâche lourde et relativement complexe, impossible à généraliser pour le monitoring de la vaccination. C'est pourquoi on se contente le plus souvent d'une approximation reposant sur la comparaison du nombre de doses administrées pendant une période donnée, généralement une année, et d'une estimation de la population cible durant cette période. Nous ne reviendrons plus sur les nombreux biais qui peuvent entacher cette dernière, qui pourraient en partie expliquer pour la sous-préfecture de Ouessè des taux de couverture supérieurs à 100 %. Insistons plutôt sur la dynamique temporelle dans laquelle s'inscrit la vaccination. La manière habituelle de calculer les différents taux de couverture vaccinale revient à considérer que tous les enfants nés durant l'année étudiée sont vaccinés durant cette année. Or il n'en est rien. Les enfants nés en fin d'année précédente sont essentiellement vaccinés durant l'année étudiée et les enfants nés à la fin de cette année là recevront la plupart des vaccins l'année suivante. De plus, le calendrier vaccinal est loin d'être toujours respecté et la durée des retards peut fluctuer d'une personne à l'autre et d'un vaccin à l'autre. Il est donc très difficile d'estimer avec précision la population cible correspondant aux doses administrées pendant une année. Elle devrait de plus

varier pour chaque vaccin, et cela d'autant plus que la taille de la population considérée est faible. Mesurer le taux de couverture vaccinale pour le VAT des femmes à partir d'une estimation de la population cible est encore beaucoup plus délicat, sans parler de la protection réelle pour le nouveau-né, qui dépend à la fois du nombre de doses reçues avant l'accouchement et du moment de leur administration.

Prenons un exemple fictif pour l'illustrer. Dans une commune, 100 naissances sont attendues. Pour que la couverture antitétanique soit totale, la manière habituelle de la calculer suppose que 100 doses de VAT 1 soient administrées, mais aussi 100 doses de VAT 2, VAT 3, VAT 4 et VAT 5. Or cette exigence ne correspond déjà pas à la réalité, puisque, durant une grossesse, seules deux ou trois doses peuvent être administrées. D'autre part, cela revient à considérer qu'à chaque grossesse le statut vaccinal des femmes est vierge, ce qui n'est évidemment pas le cas puisque les Béninoises connaissent en moyenne six à sept grossesses durant leur vie. Selon le statut vaccinal d'une femme, sa grossesse n'occasionne donc la prise que de zéro à deux doses de VAT, alors que la manière de calculer la couverture vaccinale en attend cinq. De plus, une importante minorité de doses de VAT sont administrées à des femmes en âge de procréer non enceintes. Ces femmes ne sont pas comptabilisées dans la population cible. Mais lorsqu'elles seront enceintes, elles n'auront pas besoin de reprendre ces doses. Le biais est que ces femmes figureront dans la population cible permettant de calculer le taux de couverture. Les comparaisons entre zone de vaccination peuvent aussi être brouillée par la date du début de la vaccination ou de la revitalisation de la vaccination dans ces zones. Ces décalages apparaissent notamment avec l'ouverture de nouveaux CCS. Lorsque faute de services de santé et de stratégie avancée régulière la couverture vaccinale d'une région est très faible, l'ouverture d'un CCS s'accompagnera dans les deux années suivantes de l'administration de très nombreuses doses de VAT 1 et de VAT 2, car il y a un rattrapage à effectuer. Un peu plus tard, le nombre de ces doses se stabilisera, puisqu'elles n'impliqueront presque plus que des primipares, et c'est le nombre de doses de VAT 3 qui augmentera fortement, avant de se stabiliser à son tour. On pourra ensuite dispenser des VAT 4 et des VAT 5, mais leur nombre se stabilisera rapidement à un bas niveau, pour les raisons évoquées ci-dessus.

Ces considérations expliquent pourquoi les taux très bas parfois enregistrés pour le VAT 1, le VAT 2 et, dans un cas, le VAT 3 ne doivent pas forcément être considérés comme l'expression d'une mauvaise couverture vaccinale contre le tétanos. Elles expliquent aussi pourquoi le taux de couverture du VAT 3 soit parfois supérieur à celui du VAT 1 et du VAT 2. Elles expliquent enfin pourquoi le taux de couverture du VAT 1 et du VAT 2 soit si élevé à Djegbé et à Kémon, deux communes où le CCS n'a été ouvert respectivement qu'en mars et en octobre 1992. Mais cette explication n'est pas suffisante, d'autant plus que les taux de couverture dépassent aussi les 100 % (pour le VAT 1 seulement), dans deux autres communes disposant d'un CCS depuis longtemps déjà.

En assistant à deux séances de vaccination en stratégie avancée, nous avons pu appréhender à quel point le rôle des matrones et des secouristes est important pour une bonne couverture vaccinale. A Attata, petit village d'environ 500 habitants, le secouriste et la matrone étaient encore très actifs jusqu'à fin 1994, ce qui était exceptionnel dans la sous-préfecture. Lorsque l'équipe de vaccination du CSSP est arrivée, une table, un banc et deux chaises l'attendaient sur la place du village, ainsi qu'une partie des femmes et des enfants à vacciner. La séance de vaccination put commencer immédiatement. D'autres femmes arrivèrent entre-temps. Le secouriste et la matrone, qui savaient précisément qui relevait de la population cible, contrôlaient l'assistance, tout en vérifiant les cartes de vaccination individuelles (que conservent les agents vaccinateurs) au cas où leur mémoire serait défaillante. Comme la séance avançait et qu'une ou deux femmes tardaient à se manifester, le secouriste est allé chez elles pour les inviter à la vaccination. Dans un petit village jouissant encore d'une forte cohésion sociale, une telle

invitation, cautionnée par le délégué (chef du village) et par les autorités sanitaires locales, ne se refuse guère. Le secouriste nous a assuré que, depuis que la matrone et lui étaient en fonction, tous les enfants du village ont été complètement vaccinés. Au vu de ce que nous avons pu constater (notre présence était impromptue!), il ne s'agit probablement pas d'autoglorification. Si la méthode est terriblement efficace, on peut toutefois émettre quelques réserves sur la manière qui n'est pas sans rappeler les moyens coercitifs utilisés pour dissuader les femmes d'accoucher à la maison.

Tout autre fut la séance de vaccination pour les habitants de Gbémé, Botti et Kpassa, trois villages de la commune de Laminou, dans l'agglomération de Ouessè, ne disposant ni de matrone ni secouriste vu la proximité du CSSP. Personne n'y attendait l'équipe de vaccination venue du CSSP. La séance fut longue à préparer et à démarrer. Le major (infirmier en chef) commença par une tournée rapide dans les trois villages, mégaphone en main, pour attirer les femmes. Les délégués reçoivent pourtant la planification des séances pour les trois mois à venir et sont sensés faire "gongonner"¹ la veille. De plus, ce programme est affiché au CSSP. Les récriminations des agents de santé contre les délégués qui faillissent à cette mission sont monnaie courante. Lors de cette séance de vaccination visant les habitants de trois gros villages (4'500 personnes au total) fondus dans une agglomération d'environ 13'000 habitants, personne n'encourageait les femmes à "sortir", si ce n'est l'infirmier au mégaphone, qui parvenait à sourire de l'incongruité de la situation. Les cartes de vaccination, délivrées à l'accouchement au CSSP où elles sont conservées, permirent de vérifier qu'une partie importante de la population cible ne s'était pas présentée.

Avec la vaccination s'achève la description des activités des services de santé publics de la sous-préfecture. Bien que le discours officielle mette l'accent sur la prévention, aucune activité de prévention n'est menée, sauf dans le cadre de la santé maternelle et infantile, qui constitue il est vrai une des principales tâches des maternités. En définitive, seule est pratiquée une prévention planifiée, demandée et contrôlée par les autorités sanitaires supérieures. Elle ne se prolonge pas par des initiatives locales ou régionales. Aucune action n'est par exemple entreprise pour l'assainissement du milieu, même dans l'enceinte du CSSP ou dans ses environs immédiats (nous y reviendrons). Autrefois, des agents de santé du CSSP (nous ignorons ce qu'il en était pour ceux des CCS) visitaient les écoles. S'agissait-il d'une initiative locale ou d'une activité expressément confiée aux agents de santé. Nous l'ignorons. Toujours est-il que cette activité de prévention par l'éducation et de dépistage n'existe plus. L'implantation d'une radio locale à Ouessè, arrosant au moins toute la sous-préfecture, constitue potentiellement un excellent outil de promotion de la santé. A notre départ, elle n'avait encore jamais été utilisée par le CSSP. Et rien n'était réellement prévu dans ce sens, au-delà des inévitables déclarations d'intention... lorsque nous relevions les opportunités qu'offrait la présence de ce média. A notre grand étonnement, un programme de prévention de la dracunculose dans la sous-préfecture est pris en charge par... le centre social de Ouessè.

Jusqu'à présent, nous avons décrit les diverses activités des services de santé publics, le cadre institutionnel (le système de santé public du Bénin) et matériel (les bâtiments et leur équipement) dans lesquels elles se déroulent. Il est encore nécessaire de parler de certaines attitudes et pratiques des agents de santé, qui, lorsqu'elles sont vécues par les patients ou connues des patients potentiels, constituent un frein à l'utilisation des services de santé.

¹ Envoyer un crieur public muni d'un tambour dans tous les quartiers du village.

Des attitudes et pratiques pas toujours conformes à l'éthique médicale

Bien que ce sous-chapitre soit inclus dans un chapitre traitant des activités des services de santé publics, nous nous empressons de préciser que les attitudes et pratiques relevées ici se retrouvent aussi, à des degrés divers, à l'extérieur du secteur public. En moyenne, l'empathie et la qualité de l'accueil sont probablement meilleures dans le secteur privé, dont les revenus dépendent directement de l'affluence des patients, que dans le secteur public où les agents sont des salariés et les sanctions rares en cas de faute ou d'abus. Par contre, les privés ne sont pas plus à l'abri que les agents publics de toutes les tentations financières; peut-être moins encore puisque, le plus souvent indépendants, ils ne sont soumis à aucun contrôle.

La littérature traitant du mauvais accueil des patients par le personnel, voire d'agressions verbales et même physiques, est croissante. Sous des formes et à des niveaux différents, il s'agit d'une réalité largement répandue. Les recherches se focalisant sur les causes du mauvais accueil sont par contre rarissimes (voir JEWKES, ABRAHAMS et MVO, 1998, dont l'article porte un titre très explicite: "Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services"). Avec d'autres, ces auteurs soulignent que le mauvais accueil peut constituer une importante barrière à l'accès aux services de santé.

Bien qu'il s'agisse potentiellement d'un des déterminants essentiels des choix thérapeutiques des malades, nous n'avons pas cherché à évaluer la qualité de l'accueil et des contacts interpersonnels entre agents de santé et patients dans la sous-préfecture de Ouessè. Il s'agirait là d'une recherche en soi, nécessitant une approche largement différente de celle que nous avons utilisée. Au cours de certains entretiens, cette dimension de l'accès qui relève de l'acceptabilité est pourtant ressortie (cf. partie V, chap. 2c et 3a); rarement il est vrai, mais nous n'avons jamais dirigé la discussion sur ce terrain. Si quelques citations ne disent rien sur l'ampleur du phénomène, elles laissent cependant percevoir ce que certains patients endurent dans les services de santé:

Je prie Dieu pour que ce soit Mme X qui soit de garde le jour où j'accoucherai [une femme de l'agglomération de Ouessè ayant déjà plusieurs enfants]:

Mme X [la même que ci-dessus] est très appréciée de tous. Elle est très bien pour l'accouchement, alors que d'autres... Les autres sont moyennes. Certaines te disent: "Je ne t'ai pas commandé, que fais-tu là?" Il y a quatre ou cinq ans, une sage-femme a été mutée ailleurs. Les femmes préféreraient accoucher à la maison, car elle était méchante. Elle n'a accouché personne [une femme de Laminou];

Les infirmiers du CSSP n'ont pas tous le même comportement. Certains te reçoivent avec bon coeur. Tu paies alors de bon coeur. Mais s'ils ont mauvais caractère, c'est dur de payer, même s'ils sont moins chers que d'autres;

On n'est pas toujours bien reçu à l'hôpital [le CSSP], mais il faut accepter car on est malade [une femme nagot de Ouessè];

Lorsque l'on va à l'hôpital [le CSSP] en consultation, on regarde qui est l'infirmier de garde pour l'éviter, si l'on a de petits problèmes personnels avec lui. Si c'est un ami, on aura un bon traitement [un homme de Ouessè];

Il y a toujours plus de monde aux gardes faites par moi. Une femme venant de Djegbé avait pour consigne de continuer sur Papané [l'hôpital Saint-Martin] si ce n'était pas moi qui étais de garde. Parfois, les gens viennent me trouver à domicile, si je ne suis pas de garde. Je fais alors un mot d'ordonnance pour le pharmacien en attendant de les voir lors de mon tour de garde. Ou alors je les accompagne à l'hôpital [un infirmier du CSSP de Ouessè];

Ils [au CSSP de Ouessè] nous traitent comme des animaux [un Peul du Gbaffo de Kpassa, dans l'agglomération de Ouessè, commentaire en fin d'entretien, lors de l'enquête par questionnaire];

Les raisons qui nous chassent de l'hôpital de Ouessè: les produits pharmaceutiques sont chers, ils ne nous accueillent pas bien, si vous ne les financez pas, ils ne vont pas s'occuper de vous, les sages-femmes crient sur nos femmes et ne s'occupent pas d'elles, elles disent des fois de ne pas troubler leur sommeil [commentaire en fin d'entretien, lors de l'enquête par questionnaire];

Jusqu'à courant 1991, il y avait un problème entre le personnel de l'hôpital et la population, car au moins un agent s'intéressait trop à leurs femmes. J'ai été chargé de sensibiliser la population après la mutation du type¹.

La disponibilité des agents de santé en dehors des heures de service constitue un autre sujet de friction entre les agents et la population, notamment à Kémon. Le problème est plus aigu dans les CCS, où il n'y a pas de personnel de garde en dehors des heures officielles de travail. Les sages-femmes habitent toutefois dans des logements de fonction à l'intérieur même des maternités et les infirmiers dans des maisons privées au village même. En cas d'urgence, ils doivent intervenir à toute heure. Les griefs des uns et des autres se croisent, précisément focalisés sur une perception différente de l'urgence: une partie de la population reproche aux agents de santé de mettre beaucoup de mauvaise volonté à les recevoir en dehors des heures d'ouverture du CCS, voire de garder porte close alors qu'ils souffrent. À l'inverse, certains agents de santé ont le sentiment d'être trop souvent dérangés le soir² pour des problèmes non urgents. Implicitement, ils reprochent à ces malades de placer ailleurs leurs priorités que dans leur santé ou celle de leurs enfants: "Ils vont aux champs toute la journée et ce n'est que le soir qu'ils se soucient de venir au CCS."

Au-delà des évidents désagréments que suscitent de tels comportements, les agents de santé les interprètent aussi peut-être comme une atteinte personnelle à leur prestige et aux valeurs qu'ils incarnent: la santé et ses représentants peuvent attendre, ils ne sont pas la première priorité.

Les sages-femmes et les infirmières fonctionnant comme sages-femmes sont fréquemment dérangées la nuit par des femmes en couches. Les sages-femmes s'accordent d'ailleurs sur le fait qu'une majorité des accouchements ont lieu de nuit. Le rythme de travail est d'autant plus pénible que dans un CCS une seule sage-femme, avec l'aide d'une, parfois deux, matrones, doit assurer la permanence. Cela pourrait partiellement expliquer que l'on nous ait parfois parlé du peu d'empressement des sages-femmes à se lever la nuit lorsqu'une parturiente arrive, ou que les sages-femmes utilisent très souvent de l'ocytocine pour activer le déroulement de l'accouchement. Cette hormone déclenche les contractions de l'utérus, ce qui est contre-indiqué lorsque le col de l'utérus n'est pas encore suffisamment ouvert.

Favoriser un parent, un ami, un puissant en lui évitant de faire la queue est une pratique connue, mais pas très fréquente, ne serait-ce que parce que dans la plupart des services de santé publics de la sous-préfecture les queues sont très courtes ou inexistantes, du fait de la faible fréquentation. D'autre part, les personnes bénéficiant d'une attention particulière – monnayée ou non – des agents de santé sont souvent visitées à domicile par ces derniers. Nous n'avons pas cherché à enquêter sur la pratique de la médecine à titre privé en dehors du temps de travail, sujet délicat et somme toute marginal qui nous aurait sans doute fait perdre la confiance des agents de santé. Mais quelques confidences de la population, d'infirmières, du médecin-chef adjoint et d'anciens infirmiers suggèrent qu'il s'agit d'une pratique courante, voire quasi généralisée, qui implique aussi bien les infirmiers que les aides-soignants ou les secouristes et

¹ Au Bénin, les rares sanctions au sein de la fonction publique consistent essentiellement en mutations. Ces sanctions n'en sont donc pas toujours, puisque l'agent indiscipliné peut se retrouver dans un poste plus enviable que précédemment. Beaucoup de sanctionnés sont cependant affectés dans des postes très périphériques, dans des zones déshéritées, à tel point que certaines d'entre elles se sentent doublement pénalisées.

² Au sens européen du terme, le soir commençant au Bénin avec la pause de la mi-journée.

matrones travaillant dans les CCS. Ces pratiques sont officiellement interdites, mais largement tolérées dans les faits, tant qu'elles restent discrètes. Les agents de santé publics n'ont d'ailleurs pas le monopole de ce genre de pratiques, puisque, là encore sans avoir cherché à enquêter sur le sujet, nous avons eu connaissance d'un cas similaire à l'hôpital Saint-Martin. La banalité de ces pratiques au Bénin et ailleurs ne signifie cependant pas forcément que leur ampleur, en termes de consultations, soit importante. L'enquête domiciliaire que nous avons menée sur les itinéraires thérapeutiques montrerait même le contraire. Il est d'ailleurs difficile de distinguer nettement entre un service rendu à un membre de la famille élargie ou à un ami, ou à quelqu'un d'influent, qui n'est pas rétribué ou alors rétribué d'une manière différée et pas forcément monétaire, et l'exercice à titre privé et illégal de son métier. Dans les cas les plus extrêmes, cet exercice privé de la médecine recourt à du matériel et à des médicaments détournés du lieu de travail. De telles pratiques portent préjudice aux services de santé, mais pas à directement à leurs patients, à moins qu'elles soient répandues au point de :

- mettre en péril l'équilibre financier du service de santé, ce qui, au vu de leur grande autonomie actuelle, pourrait signifier l'augmentation des tarifs, le non renouvellement du stock de médicaments, la pauvreté en matériel, le non entretien du bâtiment...
- inciter les agents de santé à mal accueillir les patients, tout en leur laissant entrevoir la possibilité d'un tout autre accueil dès la sortie du service.

Toutefois, aucun indice suggère que nous en soyons arrivés à ces extrémités dans la sous-préfecture de Ouessè.

L'impact sur la santé de ces pratiques est équivoque et impossible à appréhender dans sa globalité: mieux vaut qu'un malade soit examiné chez lui par un infirmier travaillant "au noir" plutôt qu'il ne s'adonne à l'automédication; mais mieux vaut qu'il aille consulter un infirmier dans un centre de santé, plutôt que de recevoir chez lui un aide-soignant pas formé pour poser un diagnostic.

D'autres pratiques se font clairement au détriment du patient, sans que le plus souvent il n'en sache rien: surfacturation, utilisation de seringues usagées non stérilisées, substitution de médicaments... L'exemple le plus grave de tels abus porté à notre connaissance (et qui n'a pas eu de suite pour l'agent de santé puisque ses supérieurs ont fermé les yeux!) concerne un paysan mordu par un serpent. L'infirmier de garde du CSSP lui a prescrit une ampoule de sérum antivenimeux (le médicament le plus cher de l'assortiment du CSSP, à 5'000 FCFA), à acheter avec une seringue jetable à la pharmacie du CSSP. Ampoule et seringue ont ensuite été transmises à l'aide-soignant qui devait effectuer l'injection. Lors de la préparation du matériel dans l'arrière-salle, ce dernier a subtilisé l'ampoule et la seringue neuve encore emballée et les a remplacées par une seringue usagée non stérilisée et du liquide physiologique. Encore une fois, cet exemple ne dit rien sur la fréquence de telles pratiques, mais il montre jusqu'où certains agents de santé sont prêts à aller pour obtenir gratuitement du matériel et des médicaments leur permettant de consulter à titre privé (le sérum antivenimeux devant être conservé au réfrigérateur, équipement ménager presque inconnu à Ouessè, il est probable que le patient privé de cet aide-soignant n'ait pas reçu une injection beaucoup plus efficace que le patient floué du CSSP).

Le personnel soignant n'est pas le seul à parfois tirer profit de sa position de force face aux malades et autres utilisateurs des services de santé. Au CSSP de Ouessè, le mauvais accueil et les tentatives d'extorsion commencent parfois même avant tout contact avec le personnel soignant. Quelques faits, anecdotiques mais révélateurs du chemin parfois semé d'embûches que constitue la fréquentation d'un service de santé, à quelque titre que ce soit (consultations préventives, consultations curatives, visites, accompagnateur, garde-malade), l'illustrent.

Un agent d'entretien à plein temps s'occupe de l'entretien et de la propreté des bâtiments et de la vaste cour du CSSP. Il se décharge pourtant du nettoyage de la cour en distribuant des balais aux femmes attendant la consultation prénatale. Il est probable qu'une telle pratique soit commune dans les services de santé publics. A Ouessè, elle existait tout à fait ouvertement, comme l'attestent la présence de nombreux balais dans la caisse à outils par ailleurs fort pauvre du CSSP. Relevons toutefois que cette pratique, choquante pour un Européen, n'est probablement pas perçue avec autant d'acuité par les villageoises, habituées à travailler pour la collectivité. Notons cependant que:

- aucune contrepartie de ce genre n'est demandée aux hommes pour accéder aux services du CSSP;
- les services de santé confessionnels, du moins l'hôpital Saint-Martin de Papané desservant notamment la sous-préfecture de Ouessè, ne connaissent pas de telles pratiques. Au contraire, les patients peuvent y observer que tout l'hôpital est nettoyé chaque semaine par l'ensemble du personnel, y compris soignant;
- l'agent d'entretien et un des chauffeurs courtoisaient les utilisatrices du CSSP et choisissaient de préférence les balayeuses parmi les femmes pas assez réceptives à leurs assiduités.

Sans en référer à qui que ce soit, le gardien avait instauré un système de garde des cycles des patients et de leurs visites. Ce gardiennage était évidemment payant (50 FCFA, soit la moitié du coût d'une consultation, sans les médicaments) et obligatoire, puisque les cyclistes n'étaient guère empressés de payer un service largement inutile. En cas de refus de payer, le gardien interdisait aux cycles l'accès à la cour du CSSP. Il faisait même payer plusieurs fois par jour aux cyclistes qui devaient revenir au CSSP. Certains cyclistes se sont rebiffés, stationnant leur véhicule dans la cour sans rien payer. Au retour, ils avaient la désagréable surprise de trouver leur cycle enchaîné. Le gardien exigeait son obole pour enlever chaîne et cadenas. Un homme était venu à bicyclette amener un membre de sa famille en consultation. Le malade dut être hospitalisé et son accompagnateur devait donc effectuer un aller et retour à Odougba, à 4 kilomètres, pour y chercher des affaires et de l'argent. Il trouva son vélo cadennassé... mais pas le gardien. Il dut donc aller à pied. Le nombre de plaintes augmentant, le médecin intervint et interdit cette pratique.

b) L'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané

L'hôpital Saint-Martin de Papané offre la même palette de services que le CSSP de Ouessè. Le volume relatif de ces prestations est cependant très différent entre les deux hôpitaux. L'hôpital Saint-Martin met surtout l'accent sur les activités curatives, bien que la santé maternelle et infantile (SMI) y prenne progressivement de l'importance. Ces deux grandes catégories d'activité sont par contre plus équilibrées au CSSP. Ainsi, la chirurgie de base est une activité très récente (depuis avril 1994) et encore peu développée au CSSP, alors qu'il s'agit d'une des activités majeures de l'hôpital Saint-Martin. De même, le volume d'analyses médicales pratiquées à l'hôpital confessionnel est sans commune mesure avec celui observé au CSSP (cf. partie V, chap. 2b). A l'inverse, les consultations prénatales, les accouchements, les consultations post-natales et le suivi de croissance des enfants de 0 à 11 mois sont, aussi bien proportionnellement aux activités curatives qu'en valeur absolue, plus nombreuses au CSSP qu'à l'hôpital Saint-Martin.

Pour l'hôpital Saint-Martin, la présentation de l'évolution du volume d'activité sera un peu plus rapide que pour CSSP, et cela pour plusieurs raisons, touchant en partie à la pertinence des données:

- seule une (importante) minorité des prestations délivrées par l'hôpital Saint-Martin implique des patients provenant de la sous-préfecture de Ouessè, dont les habitants constituent la population de référence de cette thèse. Cette partie de la clientèle n'est évidemment pas individualisée dans les rapports d'activité;
- les données relevées dans les rapports d'activité paraissent souvent peu fiables. Ainsi par exemple, le total des consultations curatives effectuées en 1992, en 1993 et plus encore en 1994 est sensiblement différent, selon que l'on utilise les rapports annuels ou mensuels d'activité. Les premiers se basent sur les recettes, alors que les seconds s'appuient sur la notification des diagnostics (cas "classifiés"). Ces derniers ne prennent toutefois pas en compte les soins dispensés gratuitement (pour les employés de l'hôpital et leur famille et pour les indigents). Comme ces deux sources fournissent des indications de nature différente, nous les utiliserons conjointement;
- il n'est pas possible de transformer les différents volumes d'activité de l'hôpital confessionnel en taux d'utilisation, comme pour les services de santé publics de la sous-préfecture, car cet hôpital n'a pas d'aire d'attraction officielle, dont la population servirait de dénominateur.

Il convient encore de rappeler que les chiffres donnés ci-après pour l'hôpital Saint-Martin regroupent toutes les consultations (nouvelles consultations et anciennes consultations) et que dans cet établissement les nouvelles consultations impliquent les patients y venant pour la première fois de leur vie; toute consultation ultérieure y étant appelée "ancienne consultation", même s'il s'agit d'un nouvel épisode de maladie ou d'une nouvelle grossesse.

Les activités curatives

Tout comme dans les services de santé publics, des infirmiers et sages-femmes béninois dispensent l'essentiel des soins à l'hôpital Saint-Martin. La fonction des médecins y est toutefois plus curative qu'au CSSP. Les deux médecins de l'hôpital assurent quotidiennement la visite des malades hospitalisés, en début de matinée, puis opèrent presque tous les jours ouvrables jusqu'à la mi-journée. S'il n'y a pas d'urgences chirurgicales, le médecin-chef adjoint consulte les après-midi, alors que le médecin-chef s'occupe de gestion et d'administration.

La consultation curative est ouverte tous les jours ouvrables de 8 heures à 17 heures, avec une pause d'une heure et demie à la mi-journée. En dehors de ces heures, il existe un service de garde permanent pour les urgences, avec des tarifs plus élevés, pour que le service de garde soit effectivement surtout sollicité par de véritables urgences.

Evolution du volume des activités curatives de 1992 à 1994

Fassin (1992), qui a surtout travaillé à Dakar, observe que

la différence la plus spectaculaire entre un dispensaire public et un dispensaire privé (souvent confessionnel), c'est que les seconds ont 2 fois plus de consultations que les dispensaires qui marchent le mieux.

Cela est largement vrai dans la sous-préfecture de Ouessè, si l'on compare, pour les soins curatifs, l'hôpital Saint-Martin au CSSP, deux établissements de taille similaire. Selon les rapports annuels d'activité, le nombre total de consultations ambulatoires (anciens et nouveaux cas, y compris les consultations prénatales) est en constante et rapide augmentation à l'hôpital Saint-Martin, au moins depuis 1986. Il est d'environ 7'300 en 1986, de 10'000 en 1989, de 13'800 en 1990, de 17'000 en 1992, de 20'900 en 1993 (+ 23 %), avant de redescendre à 16'300 en 1994 (- 22 %). En 1992, le nombre des seules consultations curatives ambulatoires est de presque 15'000. Il est de presque 18'200 en 1993 (+ 21 %), mais diminue à environ 14'000 en

1994 (– 23 %)¹. En 1993, environ 1 700 consultations curatives étaient des urgences (9,4 %). La proportion est identique en 1994.

En 1992, le nombre d'hospitalisations selon le rapport annuel d'activité est de 2 350. Il passe à environ 2 900 en 1993 (+ 23 %) et diminue à 2 700 en 1994 (–7 %)². La répartition par spécialité en 1992 est de 37 % pour la médecine générale, 23 % pour la pédiatrie, 20 % pour la chirurgie, 10 % pour la gynécologie et 10 % pour la maternité. En 1993, on note une légère augmentation relative pour la maternité et pour la pédiatrie, au détriment de la médecine générale. En 1994, la médecine générale diminue encore (30 %), au profit de la chirurgie (23 %) et de la gynécologie (12 %). La durée moyenne d'hospitalisation diminue constamment de 1986 (11,3 jours) à 1992 (5,2 jours). Puis, elle se stabilise: 5,7 jours en 1993 et 5,2 jours en 1994. Le taux d'occupation des lits est de 54 % en 1992 (32 % pour la pédiatrie et 62 % pour l'ensemble des autres spécialités). Il augmente à 76 % en 1993, avant de redescendre à 62 % en 1994³.

En 1992, 430 interventions chirurgicales majeures ont été pratiquées, dont 124 en urgence, soit 29 % (32 hernies étranglées, 54 césariennes et 38 laparotomies). Sur les 306 interventions programmées, on compte 260 hernies (85 %). Le nombre d'interventions chirurgicales majeures augmente légèrement l'année suivante, passant à 463 (+ 7,7 %), de même que la proportion des opérations urgentes (32 %). Les trois quarts du total des interventions chirurgicales sont alors des hernies et presque 14 % des césariennes. En 1994, le nombre d'interventions chirurgicales majeures augmente encore (559 opérations, soit + 21 %), alors que la fréquentation de l'hôpital a régressé⁴. La part des hernies diminue encore, tout en restant très majoritaire (367 hernies, soit 66 % du total des interventions), alors que celle des césarienne continue à progresser légèrement (97, soit 17 %). La proportion des interventions en urgence augmente encore.

Les consultations et hospitalisations “classifiées” (rapports mensuels d'activité) sont un peu moins nombreuses que les consultations et hospitalisations déclarées dans les rapports annuels d'activité. Elles présentent cependant l'avantage d'indiquer le volume mensuel de patients, avec leur classe d'âge. En 1992, l'hôpital Saint-Martin a enregistré environ 13 000 consultations curatives ambulatoires (non suivies d'une hospitalisation) et hospitalisations “classifiées” (cf. Tableau 25). Ce nombre passe à près de 15 600 l'année suivante (+ 20 %), avant de chuter à moins de 11 300 (– 28 %) en 1994. Avec un personnel équivalent à celui du CSSP de Ouessè, cet hôpital confessionnel effectue donc en 1992 presque 2 700 consultations (nouvelles et anciennes consultations réunies) de plus, soit un quart de plus, que l'ensemble du secteur public de la sous-préfecture de Ouessè. En 1993, l'écart se creuse encore, avec environ de 5 100 (48 %) consultations de plus. Soudainement, en 1994, l'écart s'inverse presque, au profit du secteur public, qui effectue alors 4 700 (42 %) consultations de plus que l'hôpital Saint-Martin.

¹ Notre dernier séjour au Bénin s'est achevé fin mars 1995. Toutes nos séries chronologiques s'arrêtent donc à la fin de l'année 1994 ou en janvier 1995. Nous fournissons cependant ici (et plus loin pour d'autres activités) quelques données supplémentaires provenant du rapport d'activité 1997 de l'hôpital Saint-Martin, qui éclairent comment cet établissement a surmonté deux délicates étapes successives: la dévaluation du FCFA et la suppression d'une direction expatriée, au profit de cadres nationaux. En 1995, le nombre total de consultations curatives ambulatoires a encore un peu diminué par rapport à l'année précédente (environ 13 400 consultations); 1996 se caractérise par une forte reprise (environ 16 900 consultations), confirmée en 1997 (près de 18 000 consultations, dont près de 2 100 en urgence). Ainsi, le nombre de consultations curatives ambulatoires est en 1997 presque revenu au niveau record de 1993.

² En 1997, le nombre d'hospitalisations a été de 4 870, pour un taux d'occupation des lits de 101 % et une durée moyenne de séjour de 5,46 jours. Cette année, les cas d'anémie (dus surtout au paludisme et à la malnutrition) ont constitué plus de 22 % des hospitalisations.

³ Ces valeurs collectées dans les rapports annuels d'activité paraissent faibles au regard de l'impression que laissent quelques visites des salles d'hospitalisation: tous les lits semblent occupés.

⁴ Le nombre d'interventions chirurgicales est de 594 en 1995, de 653 en 1996 et de 646 en 1997, dont 189 (29 %) en urgence. Les hernies constituent 56 % des interventions et les césariennes près de 18 %. En 1996, 52 habitants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè ont été opérées à l'hôpital Saint-Martin, dont 28 en urgence (dont 13 césariennes). En 1997, ces valeurs sont respectivement de 49, 22 et 15.

La dévaluation du FCFA en janvier 1994 et l'augmentation quasi immédiate des tarifs à l'hôpital Saint-Martin (cf. Tableau 27), alors que les services de santé publics ont pu longtemps différer cette adaptation, constituent la cause de cette forte baisse de fréquentation. L'évolution du nombre mensuel de consultations curatives d'octobre 1991 à décembre 1994 montre bien que l'augmentation des prix a cassé la pente ascendante des consultations, dès janvier – février 1994. Cela n'est toutefois vrai que pour les consultations ambulatoires (cf. Figure 35), puisque le nombre d'hospitalisations continue à augmenter en 1994 (cf. Figure 36). Ces dernières passent en effet d'environ 2'000 en 1992 à presque 2'600 (+ 30 %) en 1993 et à près de 3'400 (+ 30 %) en 1994. Dans le même temps, les consultations curatives ambulatoires sans hospitalisation subséquente passent d'environ 11'000 à 13'000 (+ 18 %) avant de régresser à 7'900 (– 39 %) l'année suivant la dévaluation. Cette évolution divergente¹ après l'augmentation des tarifs suggère que beaucoup de malades renoncent désormais à se rendre à l'hôpital Saint-Martin pour les cas jugés peu ou moyennement graves, au profit de l'automédication ou d'autres services locaux, notamment ceux du secteur public qui n'ont pas réajusté leurs prix. Dans le même temps, les cas sévères affluent plus que jamais, malgré la dévaluation, puisque les cas les plus graves, ceux qui seront hospitalisés, continuent à croître. L'augmentation des tarifs a donc renforcé le rôle de référence et surtout d'autoréférence de cet hôpital en modifiant la structure des cas. Cela se manifeste clairement par une probabilité en forte augmentation d'être hospitalisé en cas de consultation²: 15 % en 1992, 17 % en 1993 et 30 % en 1994.

Les rapports mensuels d'activité pour les soins curatifs fournissent encore de précieuses informations sur la structure par âge des patients. Les adultes sont largement majoritaires, tant pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations. Cela confirme un constat empirique qui s'impose rapidement lors d'une visite à l'hôpital. Cet écart tend de plus à se creuser: les adultes constituent près de 71 % des patients en 1992, mais plus de 77 % en 1994 (cf. Tableau 25). Moins nette, la tendance est la même pour les hospitalisés (65 % d'adultes en 1992, 63 % en 1993 et 67 % en 1994). On constate cependant que la nette suprématie des adultes est proportionnellement plus marquée pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations. La proportion des enfants de moins d'un an parmi les patients ambulatoires est en constante diminution de 1992 à 1994. Ces enfants et ceux de 1 à 4 ans constituent les catégories d'âge les plus touchées par la diminution du nombre de consultations ambulatoires consécutive à la dévaluation. Paradoxalement, le nombre d'enfants de moins d'un an hospitalisés augmente constamment, tant en valeurs absolue que relative. Même la dévaluation ne freine pas cette augmentation (+ 38 % entre 1993 et 1994).

Tableau 25 Evolution du nombre d'hospitalisations et de consultations ambulatoires par catégorie d'âge à l'hôpital Saint-Martin de Papané, de 1992 à 1994 (source: rapports mensuels d'activité).

		1992		1993*			1994		
		N	%	N	%	Var. %	N	%	Var. %
Hospitalisés	<1an	242	12.1	345	13.3	42.4	476	14.2	38.1
	1-4 ans	261	13.1	372	14.4	42.5	426	12.7	14.5
	5-14 ans	204	10.2	229	8.9	12.3	204	6.1	-11.0
	≥15ans	1'287	64.5	1'642	63.4	27.6	2'252	67.1	37.2
	Total	1'994	100.0	2'588	100.0	29.8	3'358	100.0	29.8
Cons. ambul.	<1an	1'026	9.3	1'044	8.0	1.8	450	5.7	-56.9
	1-4 ans	1'255	11.4	1'627	12.5	29.6	820	10.4	-49.6

¹ Selon les rapports annuels, le nombre d'hospitalisations comme celui des consultations ambulatoires diminuent en 1994, mais beaucoup moins fortement pour les premières que pour les secondes.

² Nombre d'hospitalisés x 100 / (nombre d'hospitalisés + nombre de consultations ambulatoires).

non hosp. après	5-14 ans	975	8.8	747	5.8	-23.4	537	6.8	-28.1
	≥15ans	7'778	70.5	9'572	73.7	23.1	6'090	77.1	-36.4
	Total	11'034	100.0	12'989	100.0	17.7	7'897	100.0	-39.2
Total général		13'028		15'577		19.6	11'255		-27.7

* Les données du mois de décembre manquant, le volume d'activité pour 1993 a été annualisé (x 12/11).

Sachant que presque la moitié de la population béninoise est constituée d'enfants (moins de 15 ans), la forte proportion d'adultes parmi les hospitalisés et leur très forte proportion parmi les patients ambulatoires impliquent, d'une part, que les enfants sous-utilisent cet hôpital par rapport aux adultes, mais que, d'autre part, en cas de visite ils ont une probabilité plus élevée d'être hospitalisés. Pour les enfants, cette dernière est de 18 % en 1992, de 22 % en 1993 et de 38 % en 1994 contre respectivement 14, 15 et 27 % pour les adultes. On observe de plus que la probabilité d'être hospitalisé est encore plus forte pour les enfants de moins d'un an que pour les autres. A cet égard, l'année 1994 se caractérise par de grandes différences: 51 % des enfants de moins d'un an sont hospitalisés, contre 34 % des enfants de 1 à 4 ans et 28 % des enfants de 5 à 14 ans, qui ont cette année là une probabilité quasi égale à celle des adultes.

Les données ci-dessus suggèrent que les enfants fréquentant l'hôpital Saint-Martin sont plus gravement malades que les patients adultes et/ou que l'attitude thérapeutique du personnel n'est pas la même envers les enfants, particulièrement envers les plus jeunes d'entre eux, plus vulnérables, qu'envers les adultes. Sous-utilisation relative par les enfants mais probabilité supérieure d'être admis en cas de visite: ces deux éléments laissent déjà entrevoir des modèles d'utilisation différents selon l'âge de ce centre de référence régional et, par conséquent, probablement aussi des autres services de santé modernes.

La fréquentation de l'hôpital Saint-Martin pour les soins curatifs est marquée en gros par le même rythme saisonnier que les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè. La fréquentation est relativement faible en début d'année, puis elle augmente subitement en juin, pour diminuer en octobre ou en novembre (cf. Figure 35). Après la dévaluation, le pic estival est écrêté selon le rapport annuel d'activité. On observerait même un creux d'août à décembre (sauf novembre), selon les rapports mensuels d'activité.

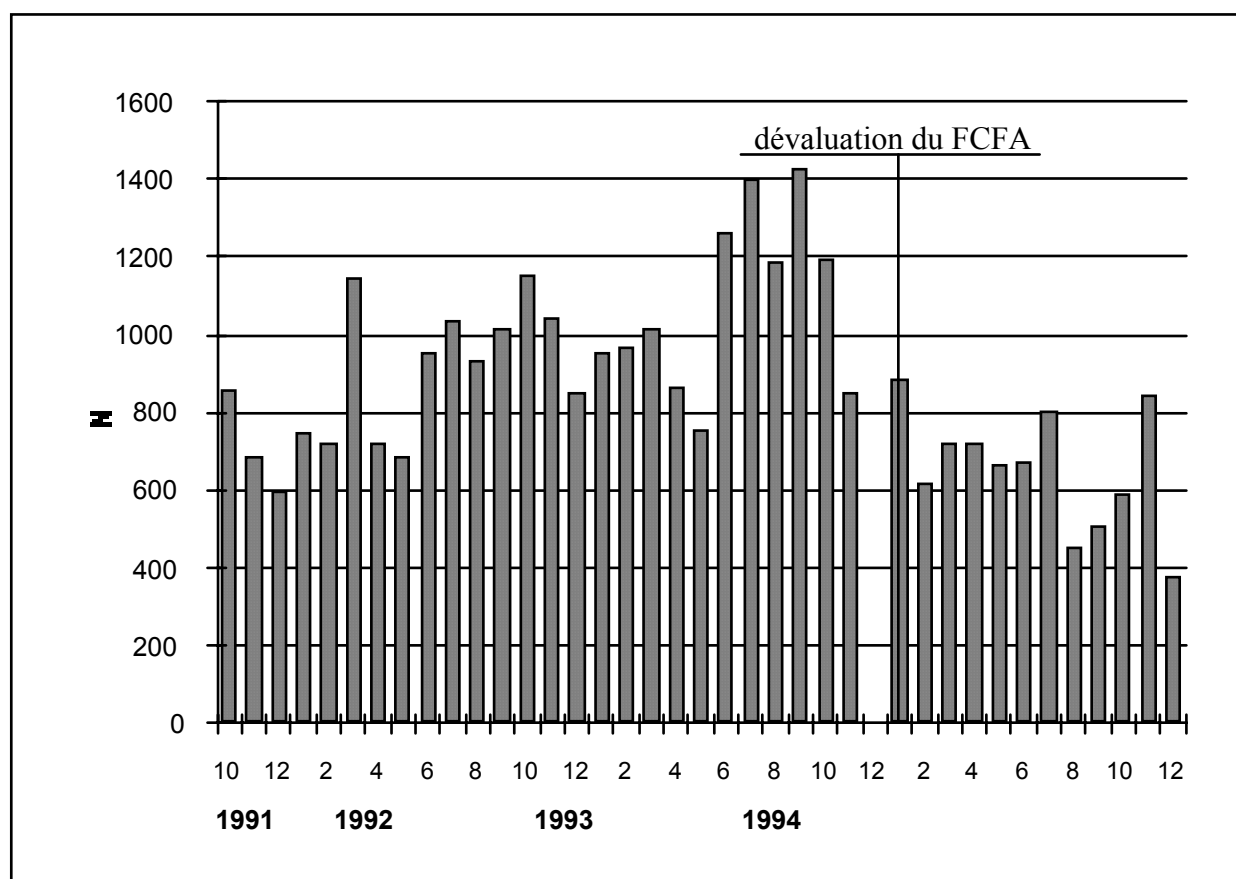


Figure 35 Evolution du nombre mensuel de consultations curatives ambulatoires (sans hospitalisation subséquente) à l'hôpital Saint-Martin, d'octobre 1991 à décembre 1994 (sources: rapports mensuels d'activité).

Les hospitalisations à l'hôpital Saint-Martin enregistrent en gros le même cycle saisonnier que les consultations ambulatoires pour les années 1992 et 1993 (cf. Figure 36). A un niveau moyen plus élevé, le nombre mensuel d'hospitalisations en 1994 suit un cycle assez classique, donc différent de celui, particulier, des soins ambulatoires pour la même année: la diminution du nombre d'hospitalisés après juillet reste très modérée, alors que le nombre de consultations ambulatoires chute. Nous avons déjà relevé plus haut que la probabilité d'être hospitalisé en cas de visite à l'hôpital Saint-Martin est nettement plus élevée en 1994 que pour les deux années précédentes. On observe maintenant que cette tendance se renforce tout au long de l'année 1994. En d'autres termes, la consultation ambulatoire se "vide" progressivement, presque sans répercussion sur le nombre de personnes hospitalisées. De janvier à juillet 1994, la probabilité d'être hospitalisé oscille entre 23 et 29 %, alors qu'elle est de 30 à 40 % d'août à décembre. Tout se passe comme si la diminution de la fréquentation, à une époque de l'année où les besoins réels augmentent, s'accompagne d'une augmentation de la sévérité des cas (et/ou d'une propension plus élevée à hospitaliser, afin de maintenir le volume global d'activité?).

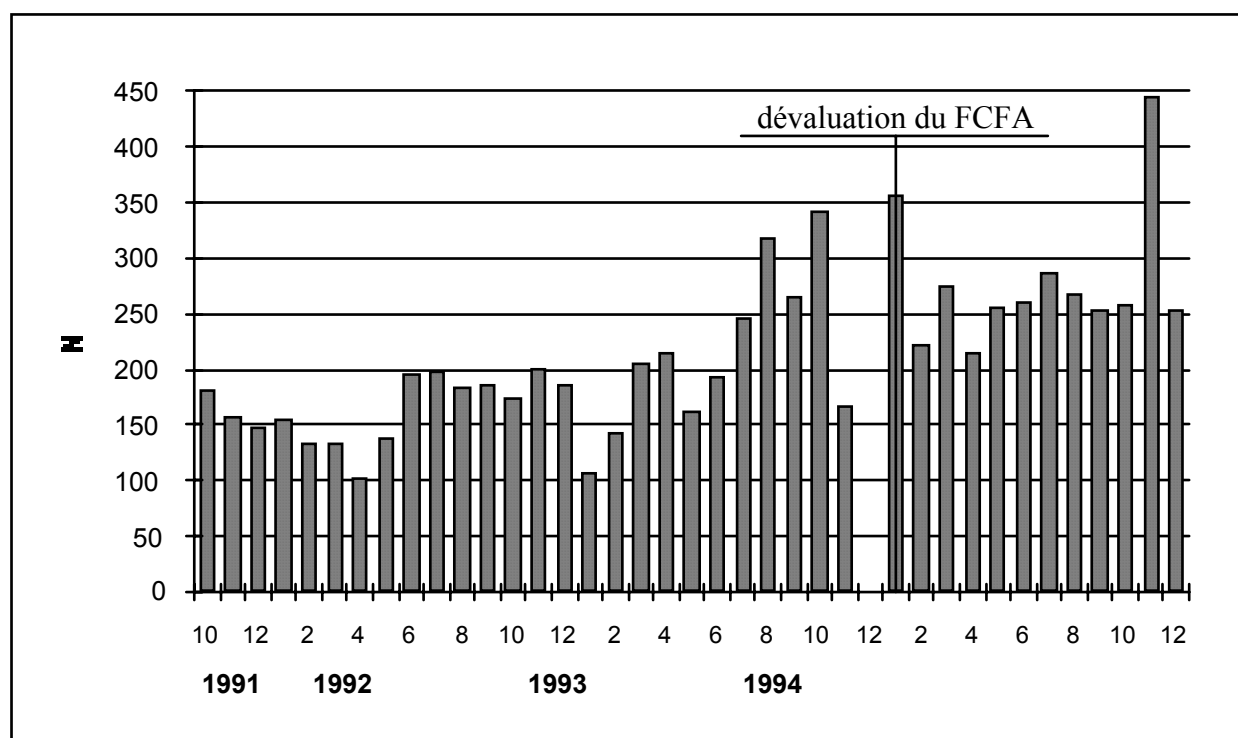


Figure 36 Evolution du nombre mensuel d'hospitalisations à l'hôpital Saint-Martin, d'octobre 1991 à décembre 1994 (sources: rapports mensuels d'activité).

Les consultations prénatales

De 1986 à 1992 le nombre annuel total de consultations prénatales est remarquablement stable, surtout si on le compare à l'évolution des activités curatives, ou même à celles des accouchements. Il oscille en effet autour des 2'000 par an (environ de 1'800 à 2'200, sans tendance claire). En 1993, le nombre de consultations prénatales connaît soudain, tout comme les activités curatives, une forte croissance (+ 35 %), passant à près de 2'700 unités. L'arrivée à la fin de l'été 1992 d'une sage-femme expatriée, qui a redynamisé la SMI, n'y est probablement pas étrangère. En 1994, le nombre de consultations prénatales diminue à moins de 2'300 (-16 %)¹. Cette baisse est moins forte que celle des consultations curatives. Le volume des consultations prénatales pratiquées à l'hôpital confessionnel est donc toujours inférieur à celui enregistré au début des années 1990 au CSSP de Ouessè (environ 3'500 en 1991, 3'400 en 1992 et 1993 et 2600 en 1994). La clientèle des consultations prénatales se serait modifiée ces dernières années, selon le personnel de l'hôpital. A une clientèle essentiellement locale (communes de Tchaourou, de Toui et, dans une moindre mesure de Kilibo et de Kémon) se serait partiellement substituée une clientèle plus lointaine avec des complications de grossesse. Cette évolution correspond tout à fait aux désirs de la direction de cet hôpital. Elle a été favorisée par la création du CCS de Kémon (fin 1992), la redynamisation du CCS de Kilibo (fin 1993) et surtout par l'augmentation des tarifs à l'hôpital Saint-Martin, alors que les services de santé publics n'ont pas ajusté les leurs pendant au moins deux ans après la dévaluation du FCFA. La sage-femme de Kilibo confirme cette utilisation différenciée des CCS et de l'hôpital Saint-Martin pour les consultations prénatales, mais aussi pour les accouchements: "Pour les consultations prénatales, elles vont à Papané surtout si elles sont malades durant la grossesse. Les femmes de la commune qui accouchent à Papané sans y avoir été référées sont rares."

¹ Le nombre total de consultations prénatales est d'environ 3'100 en 1995, 3'600 en 1996 et 3'700 en 1997, dont 29 % de nouveaux cas. Depuis notre dernier passage dans cet hôpital, un appareil d'échographies a été installé. En 1996, 348 échographies ont été effectuées, dont 47 % sur des femmes provenant de la sous-préfecture de Ouessè (50 % en 1997).

Les accouchements

L'hôpital Saint-Martin n'a pas pour vocation première de pratiquer des accouchements, à l'exception des accouchements dystociques, particulièrement ceux requérant une césarienne ou l'aide d'une ventouse. Plus encore que pour les soins curatifs, l'hôpital vise des patientes référées, pour les accouchements. La réputation de l'hôpital aidant, sa proximité pour certaines parturientes, la possibilité permanente d'y pratiquer une césarienne, perspective toujours rassurante, même si aucune dystocie n'est prévue, y ont progressivement amené de plus en plus de parturientes non référées. En 1986, le nombre d'accouchements est de 105. Après un léger tassement, le nombre d'accouchements augmente régulièrement: 134 en 1989, 235 en 1991, 238 en 1992. Malgré cette nette augmentation, l'hôpital Saint-Martin pratique très peu d'accouchements comparativement au CSSP de Ouessè (3,2 fois moins en 1992). Cette année là, la maternité du CCS de Kilibo a effectué presque autant d'accouchements que l'hôpital. La nature des accouchements est toutefois différente entre l'hôpital confessionnel et les maternités publiques. Alors que les accouchements dystociques sont très minoritaires dans les maternités publiques, ils constituent 40 % des accouchements à l'hôpital Saint-Martin en 1992. De plus, les césariennes constituent 23 % de tous les accouchements et une ventouse a été utilisée dans 10 % des cas (il n'y a pas de ventouses dans les maternités publiques de la sous-préfecture de Ouessè). Comme la proportion d'accouchements dystociques est élevée, que pour ces derniers de nombreuses parturientes arrivent à l'hôpital, parfois venant de loin après un transport très pénible, après l'échec d'un accouchement à domicile, en UVS ou dans une autre maternité, la proportion des enfants mort-nés est très élevée (18,7 % des naissances, vivantes ou non).

En 1993, le nombre d'accouchements augmente fortement par rapport à l'année précédente, passant à 358 (+ 50 %). Peut-être faut-il aussi y voir la conséquence de l'arrivée de la sage-femme expatriée. Le CSSP de Ouessè continue malgré cette augmentation à pratiquer 2,2 fois plus d'accouchements. La proportion d'accouchements dystociques augmente encore par rapport à l'année précédente, atteignant la moitié du total. La proportion des accouchements par césarienne est par contre en diminution (17,6 %), tout comme celle des accouchements avec ventouse (6 %). La proportion des enfants mort-nés augmente à 21,9 % des naissances. Face à la forte augmentation de la demande pour les accouchements et pour les consultations prénatales, la direction prend des mesures pour freiner cet engouement. Elle craint en effet un engorgement de l'hôpital et une baisse de la qualité des soins, tant préventifs que curatifs. Ainsi, la durée d'hospitalisation est ramenée à un jour pour les accouchements sans complication, ce qui correspond d'ailleurs au souhait de la population. D'autre part, les femmes qui ne sont pas à risque lors de la première consultation prénatale sont conviées à poursuivre les consultations prénatales dans la maternité de leur commune, ou pour le moins à ne pas effectuer plus de trois ou quatre consultations prénatales par grossesse à l'hôpital Saint-Martin. Il n'était en effet pas rare que certaines femmes dont la grossesse ne présentait pas de risque fissent huit ou dix consultations prénatales.

L'année 1994 est marquée par de longues absences de la sage-femme expatriée et, ceci expliquant peut-être cela, par un recul du nombre d'accouchements, à 291 (-19 %)¹. Ce reflux est sans doute aussi attribuable à la dévaluation du FCFA et à l'augmentation des tarifs. Par contre, la proportion des accouchements dystociques augmente encore, passant de 50 à 64,6 % du total. Le nombre de césariennes augmente également, tant en valeur absolue (97) que relative (un tiers des accouchements). Le recours à la ventouse est en revanche toujours plus rare (3 %). Tout comme pour les prestations curatives, l'augmentation des tarifs a comprimé la demande pour les interventions les plus légères (consultations curatives ambulatoires et accouchements

¹ Le nombre d'accouchements est de 255 en 1995, de 270 en 1996 et de 273 en 1997, dont 167 (61 %) accouchements dystociques, dont 117 par césarienne.

eutociques), alors que la demande s'est maintenue ou a même crû pour les interventions les plus lourdes (hospitalisation pour soins curatifs et accouchements dystociques). Malgré cet alourdissement moyen des cas, la proportion d'enfants mort-nés diminue nettement par rapport à 1993 et même 1992 (14,2 % du total des naissances, auxquelles on peut encore ajouter 5,4 % d'enfants nés vivants décédés dans les sept jours).

L'hôpital Saint-Martin de Papané ne pratique pas les consultations post-natales.

Consultation des enfants sains et vaccination

Nous ne disposons que de très peu d'information sur la consultation des enfants sains de 0 à 11 mois à l'hôpital Saint-Martin. Tout comme la vaccination, cette activité se déroule à la fois dans l'hôpital et en stratégie avancée dans une petite vingtaine de villages et hameaux du sud de la sous-préfecture de Tchaourou et de la commune de Toui, dans la sous-préfecture de Ouessè. Dans cette dernière, six lieux de vaccination et de pesée des enfants sont visités mensuellement: trois sur le terroir du village officiel d'Ogoutédo (Ogoutédo, Malété et Odo Akaba) et trois sur celui de Toui PK (Toui PK, Sokoroko et Ayétoro). Ainsi, les deux villages officiels du nord de la commune de Toui, les plus proches de l'hôpital, ne sont dans les faits pas desservis par leur CCS, ni pour les soins curatifs ni pour la SMI. Comme dans les services de santé publics, les vaccins du PEV sont administrés gratuitement.

En 1993 comme en 1994, l'hôpital Saint-Martin a effectué plus de 1'600 consultations d'enfants sains¹. C'est un peu plus que le total des consultations de ce type effectuées par l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè (environ 1'500 en 1993 et 1'300 en 1994).

De 1992 à 1994, le nombre de doses des différents vaccins administrés par le personnel de l'hôpital Saint-Martin tend à augmenter. De 700 doses de BCG administrées en 1992, on passe à environ 800 doses les deux années suivantes. Pour le Polio 0, on passe d'environ 450 doses en 1992 à 550 doses en 1994. Pour le DTCP 1, on passe de moins de 700 doses en 1992 à environ 800 doses les deux années suivantes. Ces valeurs sont respectivement de 600 et 700 pour le DTCP 2. Pour le DTCP 3, on passe de moins de 500 doses en 1992 et 1993 à 600 doses en 1994. Le nombre de doses de Rouvax administrées suit la tendance générale: environ 440 en 1992, 480 en 1993 et 580 en 1994. En 1992 et 1993, un peu plus de 300 enfants sont complètement vaccinés, et plus de 400 l'année suivante. Au total, 1'500 doses de vaccin antitétanique sont administrées en 1992, contre plus de 1'300 en 1993 et 1'700 en 1994. Environ les deux tiers de ces doses sont du VAT 1, un quart du VAT 2 et moins d'un dixième du VAT 3 et VAT 4². En février et mars 1994, alors que sévissait une épidémie de méningite, 950 doses anti-méningocoques ont été administrées, au prix de 150 FCFA l'unité. Globalement, le nombre de doses administrées aux enfants par l'hôpital Saint-Martin est de 18 % supérieur en 1994 à celles dispensées par le CSSP de Ouessè. Pour l'ensemble des VAT, la différence est de 24 % en faveur de l'hôpital confessionnel (un peu moins en fait puisque pour le CSSP nous n'avons retenu que les doses administrées aux femmes de 15 à 44 ans).

c) Le centre social de Ouessè

Au tout début des années 1990, le centre social a officiellement changé de nom (Centre de promotion sociale) et partiellement de fonction. En plus de son traditionnel volet social, le

¹ Et plus de 1'200 en 1997, dont 45 % de nouveaux cas.

² En 1997, environ 700 doses de BCG ont été administrées, 500 doses de Polio 0, 700 de DTCP 1, 600 de DTCP 2, 500 de DTCP 3, 400 de Rouvax et 2'400 de VAT pour les mères. Seuls 256 enfants ont été complètement vaccinés.

développement communautaire prend son essor. Situé en face du CSSP, le centre social de Ouessè est actif depuis le début des années 1980. Une de ses principales activités, si ce n'est la principale, consiste à organiser des séances de surveillance de croissance des enfants de 0 à 3 ans (courbe de croissance rapportée sur une fiche individuelle), comportant aussi la recherche des causes des retards de croissance (avec des visites à domicile et au besoin des séances de récupération nutritionnelle¹), une éducation nutritionnelle, la promotion de la santé (prévention du paludisme, de la diarrhée, encouragement à la vaccination...) et la distribution, quasi gratuite, d'aliments de base pour les enfants². Ces vivres fournis par Cathwell, organisme caritatif catholique américain, constituent véritablement l'appât qui attire les mères au centre social, ce qui n'est pas sans créer des tensions, tant les objectifs des uns et des autres sont parfois en porte-à-faux. Comme le dit une femme de fonctionnaire "les femmes de fonctionnaires, les lettrées vont pour la santé de l'enfant, mais les cultivatrices vont pour les aliments."

Les agents du centre sont parfaitement conscients du fait que beaucoup de mères sont avant tout attirées par la distribution des aliments. Ils relèvent d'ailleurs que le taux de fréquentation a chuté en 1991, lors d'une rupture de stock de cinq mois. Selon eux, cette distribution de vivre est plus un pis-aller, leur permettant de faire autre chose, qu'une fin en soi. Les vivres ne sont distribués qu'à partir de la quatrième visite, après une période d'essai de trois mois, et coûtent 25 FCFA par mois. Selon une femme de fonctionnaire, les allocations familiales des fonctionnaires ne sont versées que si les enfants participent régulièrement à la pesée. Nous ignorons si cela est une pratique nationale, si elle a mal interprété certains propos ou si le centre social local fait planer des menaces plus ou moins voilées. Le statut vaccinal des enfants est aussi enregistré sur les fiches individuelles des enfants. Les agents du centre social menacent de renvoyer les enfants en retard dans la vaccination, mesure qui serait efficace.

Les mères ne peuvent pas accéder individuellement à ces prestations. Les mères d'un même village doivent se regrouper³ et accepter de participer aux autres activités du centre social, du maraîchage notamment. Une séance mensuelle est organisée pour chaque groupement villageois. La plupart des villages des communes de Ouessè et de Laminou ont constitué un groupe de femmes. Il y a encore un groupe pour Odougba, trois pour la commune de Gbanlin et un pour le village de Challa Ogoï. Par manque de moyens, d'un véhicule notamment, le centre social ne couvre qu'une petite partie des enfants de la sous-préfecture.

Reçus à la maternité de Gbanlin, les trois groupes de la commune de Gbanlin n'ont fonctionné que de juillet 1992 à avril 1993. Le centre social stoppa ensuite ces séances en stratégie avancée, qui rencontraient pourtant un vif succès si on le mesure en termes de fréquentation. Pour expliquer ce retrait, le directeur du centre social a invoqué des difficultés d'organisation dues à un personnel et à des moyens de déplacement insuffisants. Il semble toutefois que la principale raison réside dans le peu d'enthousiasme des femmes de cette commune à s'investir dans d'autres activités que la pesée des enfants et, surtout, la distribution de nourriture. Dès le mois de mai 1994 et sans que les moyens à disposition aient augmentés entre-temps, le centre social effectue une nouvelle tentative de séances en stratégie avancée, mais cette fois à Challa Ogoï, à 24 kilomètres de Ouessè dans le sud-est de la sous-préfecture, où il n'était jusqu'alors pas présent.

¹ Au besoin, le CSSP peut demander à ce qu'un enfant suive ces séances de récupération nutritionnelle, puis la surveillance de croissance, après son traitement à l'hôpital. Il n'existe pas de document de référence ad hoc entre les deux services publics. Les agents de santé mettent une note pour le centre social dans le carnet de santé de l'enfant. Le centre social n'envoie jamais d'enfants malnutris au CSSP.

² Par mois et par enfant: 1 litre d'huile de soja, 2 kilos de farine de blé, soja et lait pour préparation de bouillies, 2 kilos de semoule de maïs.

³ Il existe aussi un groupe réservé aux femmes originaires de l'Atacora, les "Femmes du Nord", indépendamment de leur domicile.

En 1992, le centre social a reçu plus de 3'600 enfants, anciens et nouveaux consultants confondus (cf. Tableau 26). Ce nombre croît fortement en 1993 (4'400 soit + 22 %) et plus encore l'année suivante (près de 6'800, soit + 54 %). L'évolution mensuelle du nombre d'enfants vus dépend à la fois d'une tendance générale à la hausse et de l'évolution du nombre de groupements impliqués (cf. Figure 37). Sur cette dernière, l'impact de l'ouverture de séances décentralisées dans la commune de Gbanlin en juillet 1992 et leur fermeture en mai 1993 est bien visible, tout comme le renforcement de la tendance à la hausse occasionné par l'ouverture de séances décentralisées à Challa Ogoï, dès le mois de mai 1994.

Tableau 26 Evolution de 1992 à 1994 du nombre de consultations et taux d'utilisation du suivi de croissance des enfants de 0 à 3 ans au centre social de Ouessè (source: rapports mensuels d'activité du centre social de Ouessè).

	1992			1993				1994			
	N	%	Tx util. %	N	%	Δ %	Tx util. %	N	%	Δ %	Tx util. %
Ouessè	472	13.1	15.2	556	12.6	17.8	17.4	861	12.7	54.9	26.1
Adougou	174	4.8	16.6	274	6.2	57.5	25.3	494	7.3	80.3	44.3
Zogba Gaou	133	3.7	10.3	199	4.5	49.6	14.9	266	3.9	33.7	19.3
Lakoko	172	4.8	19.7	191	4.3	11.0	21.3	301	4.4	57.6	32.6
Laminou	331	9.2	9.0	377	8.6	13.9	9.9	538	7.9	42.7	13.8
Botti	200	5.5	10.3	384	8.7	92.0	19.2	657	9.7	71.1	32.0
Gbémé	310	8.6	18.6	413	9.4	33.2	24.1	907	13.4	119.6	51.4
Kpassa	163	4.5	7.8	444	10.1	172.4	20.6	761	11.2	71.4	34.2
Odougba	704	19.5	27.4	623	14.1	-11.5	23.5	1'067	15.7	71.3	39.1
Femmes Nord	220	6.1	?	285	6.5	29.5	?	408	6.0	43.2	?
Gbanlin	323	8.9	17.8	298	6.8	-7.7	24.0	0	0.0	-100.0	0.0
Vossa	261	7.2	18.0	246	5.6	-5.7	24.8	0	0.0	-100.0	0.0
Tosso	148	4.1	41.1	113	2.6	-23.6	45.7	0	0.0	-100.0	0.0
Challa Ogoï	0	0.0	0.0	0	0.0	--	0.0	515	7.6	--	38.9
Total	3'611	100.0	16.5	4'403	100.0	21.9	20.7	6'775	100.0	53.9	32.7

Un taux de consultation a été calculé en prenant au numérateur le total annuel de visites et au dénominateur une approximation du total des visites attendues (trois cinquième des enfants de moins de 5 ans selon le recensement de 1992 réactualisé pour 1993 et 1994 fois 12 visites annuelles potentielles). Lorsque, pour certains villages, l'activité du centre social ne couvrait pas une année complète, il en a été tenu compte dans le calcul du nombre de visites attendues. Le taux d'utilisation pour les "Femmes du Nord" n'a pu être calculé, puisqu'elles proviennent de différents villages. Ces visites sont par contre incluses dans le taux global d'utilisation pour les villages participant à cette activité. En 1992, le taux d'utilisation global est de 16,5 %. C'est-à-dire que, à chacune des douze séances annuelles de pesée des enfants, en moyenne presque 17 enfants sur les 100 potentiellement attendus sont présents. Ce taux augmente à presque 21 % en 1993 et à près de 33 % en 1994. Cette augmentation sur trois ans se retrouve pour chacun des groupes villageois. Le taux d'utilisation varie par contre beaucoup d'un village à l'autre, allant de 14 à 52 % en 1994.

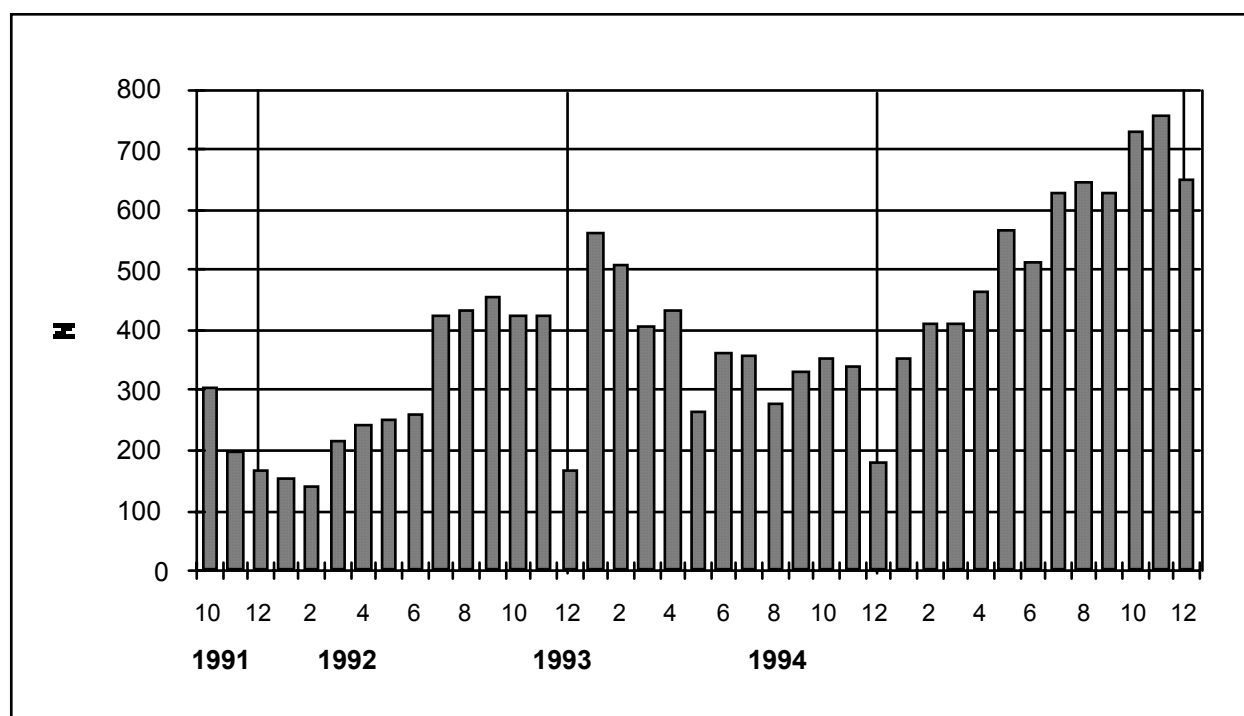


Figure 37 Evolution mensuel d'octobre 1991 à décembre 1994 du nombre de consultations pour le suivi de croissance des enfants de 0 à 3 ans au centre social de Ouessè (source: rapports mensuels d'activité du centre social de Ouessè).

Bien qu'en valeur absolue le niveau d'activité du centre social soit assez impressionnant (en moyenne 27 enfants pesés par jour ouvrable tout au long de l'année 1994), ce n'est donc au mieux qu'un tiers des enfants de moins de 3 ans des villages concernés qui participent régulièrement aux séances de pesée. La réalité est un peu différente: en 1994, plus d'un tiers des enfants de la population cible participent aux séances, mais tous n'y viennent pas systématiquement. Les données mensuelles par groupement villageois suggèrent toutefois que la régularité des visites est plutôt bonne.

3. LE COÛT DE LA SANTÉ

Dans une région, comme la sous-préfecture de Ouessè, où la couverture des besoins de santé par une assurance est inexistante, le coût des prestations sanitaires ne peut qu'avoir un fort impact sur le choix de leur utilisation. Cela est d'autant plus vrai que cette région se trouve dans l'un des pays les plus pauvres de la planète. L'accès économique aux soins de santé ne se limite par pour autant à leur simple prix unitaire. Rappelons que les différentes dimensions de l'accès sont toujours conceptualisées comme l'interaction entre les caractéristiques des services de santé, au sens large de prestataires de services de santé, et celles du malade et de sa famille. Nous ne nous étendrons pas ici sur la capacité des malades à payer. Par contre, nous détaillerons dans ce chapitre diverses caractéristiques des services de santé susceptibles d'en modifier l'attrait d'un point de vue économique. A côté du prix unitaire officiel des prestations dans chaque service de santé (prix d'une consultation, d'un médicament donné, d'une hospitalisation, d'un accouchement, d'une opération chirurgicale donnée...), nous verrons encore le coût effectif d'une visite dans un service de santé particulier, globalement et pour les principales catégories de diagnostics, le coût du transport, le coût effectif d'un épisode de maladie, globalement et par pathologie, et les différentes formes de tarification.

a) Systèmes de tarification et prix unitaires

Au moins trois systèmes de tarification différents des prestations sanitaires cohabitent dans la sous-préfecture de Ouessè. Tous se caractérisent par le paiement direct des prestations par leurs bénéficiaires. Seule diffère la manière de fixer les montants dus. Dans la sous-préfecture, on trouve :

- un paiement forfaitaire global ou presque;
- vente de prestations sanitaires, y compris de médicaments, selon une liste de prix unitaires prédéfinie;
- un système mixte peu formalisé.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, chacun de ces systèmes de tarification est propre à un des secteurs du système de soins. D'un secteur à l'autre, les modalités de recouvrement des coûts connaissent également quelques variations.

Le secteur public

Jusqu'en 1984 les consultations étaient gratuites dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè. Mais comme l'approvisionnement en médicaments était insuffisant, les patients ressortaient souvent de la consultation munis d'une ordonnance pour les pharmacies privées. L'hospitalisation et les accouchements étaient par contre déjà payants. Dès 1984, les consultations curatives et les consultations prénatales sont devenues aussi payantes. Depuis lors, le secteur public pratique la vente de prestations selon une liste préétablie de prix unitaires. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un paiement à l'acte, puisque les prestations – et les prix – ne sont très détaillés que pour les médicaments et les analyses de laboratoire, les "actes" se limitant à quelques catégories grossières englobant chacune potentiellement de nombreuses activités : consultations curatives ambulatoires, consultations prénatales, hospitalisation, accouchement. Quelques prestations se paient en plus : interventions chirurgicales, selon le type, gestes utilisant des consommables non réutilisables, comme les pansements, les plâtres, les points de suture et les transfusions sanguines. Ces consommables sont alors assimilés à des médicaments, que le

patient doit acheter séparément. Ce système de tarification est donc forfaitaire pour les actes de base, auxquels s'ajoute un paiement à l'unité pour les médicaments, le matériel consommable et quelques actes plus spécialisés: analyses de laboratoire et interventions chirurgicales.

Au CSSP de Ouessè, la consultation est payée dès l'arrivée, avant de passer dans la salle d'attente. Les médicaments sont payés directement au pharmacien qui les délivre. Le crédit n'est jamais pratiqué et même les cas urgents ne sont généralement pas pris en charge si le malade n'a pas ou pas assez d'argent. Nous avons ainsi vu un homme mordu par un serpent aux champs, à qui on refusait toute aide tant qu'il n'aurait pas réuni les 5'000 FCFA (environ une bonne semaine de travail) nécessaires à l'achat d'une ampoule de sérum antivenimeux. Il arrive cependant que le pharmacien fasse crédit, à titre personnel, pour des urgences. L'argent est alors rapidement récupéré, ce qui montre bien qu'il y a plus souvent un problème de liquidité que de solvabilité. Lorsque les patients passent à la pharmacie du CSSP, il arrive parfois que certains en repartent sans prendre les médicaments, lorsqu'ils apprennent leur prix. S'ils ne peuvent en payer qu'une partie, le pharmacien cherche à les renvoyer chez l'infirmier, afin qu'il leur prescrive une ordonnance minimale correspondant à l'argent disponible. Ces patients reviennent souvent plus tard, pour compléter l'achat lorsqu'ils ont de l'argent. Aucune mesure concrète n'est prise pour aider les indigents. Il est prévu par le Ministère de la santé que les COGES et COGEC établissent une liste officielle des indigents de leurs communes, qui bénéficieraient de la gratuité des soins. De telles listes n'existent pas dans la sous-préfecture de Ouessè et personne n'y semble assez téméraire pour ouvrir la boîte de Pandore¹.

Dans les CCS, la consultation et les médicaments sont payés à la fin de la visite, directement auprès de l'agent de santé qui prescrit et délivre sur le champ les médicaments. Desservant des localités plus petites, souvent mieux intégrés dans la population qu'ils connaissent bien, certains agents de santé travaillant dans les CCS pratiquent le crédit. Ils essaient alors d'être le plus restrictifs possible, puisqu'ils supportent personnellement le risque et qu'il est parfois difficile, voire impossible de se faire rembourser. Certains agents de santé y vont même parfois de leur poche pour les indigents qu'ils connaissent comme tels. Ils sont plus enclins qu'au CSSP à soigner d'abord, s'il y a urgence, et à récupérer l'argent par la suite. Savoir "vendre sa marchandise" fait aussi partie du travail d'infirmier, et beaucoup en prennent leur parti. Un aide-soignant, devant souvent faire preuve de beaucoup de souplesse pour encaisser ses prestations et médicaments, dira: "Les gens ne font pas trop de difficultés à payer. Il faut beaucoup parler pour convaincre les gens à payer. Ils finissent par comprendre."

Le même, comme d'autres infirmiers, est au besoin prêt à revoir son ordonnance et à la limiter à l'essentiel, pour commencer, tout en encourageant les patients à venir acheter le complément au plus vite. Les soins sont habituellement payés par le chef du ménage. Il n'est pas rare, à Kilibo notamment, que les femmes viennent au dispensaire sans argent. L'infirmier consulte et dresse une ordonnance, qui sert de preuve aux femmes pour demander de l'argent à leurs maris. Il arrive même que certains n'ont même pas sur eux les 100 FCFA de la consultation.

Il se peut que l'introduction des commis ait modifié certains usages relatifs au financement des urgences et des soins aux indigents et aux patients momentanément sans liquidité. Issus de la communauté, les commis sont responsables devant elle des comptes des services de santé et doivent tout faire pour préserver leur pérennité. Mais leurs origines locales les rendent aussi très sensibles aux besoins particuliers et aux pressions des patients. Ils sont donc tiraillés entre des exigences contradictoires et doivent trouver une pratique commune avec les agents de santé du CCS. Nous avons déjà relevé qu'un commis trouvait si difficile de résister aux pressions de ses

¹ Le problème des indigents reste généralisé au Bénin, où il n'existe pas de mécanisme les prenant en charge; ce qui entraîne un refus de traitement dans 41 % des services de santé de base (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993a).

proches qu'il n'a postulé que parce que son lieu de travail était dans un village voisin, peu fréquenté par les habitants de son propre village.

Du milieu de l'année 1992 au début de 1995, période correspondant à nos trois séjours, les prix unitaires des prestations sanitaires délivrées par les services de santé publics de la sous-préfecture n'ont pas été modifiés. Une nouvelle consultation auprès d'un infirmier est facturée 100 FCFA, que ce soit dans un CCS ou au CSSP. Un carnet de santé, qui suit le patient, est vendu 75 FCFA lors de la toute première consultation dans un service de santé public. La consultation est gratuite pour une ancienne consultation, c'est-à-dire lorsque le malade consulte à nouveau pour le même épisode de maladie¹. Au CSSP de Ouessè, qui bénéficie de la présence de deux médecins, il est possible de demander à être consulté directement par un médecin. Il en coûte 200 FCFA. Cette possibilité est d'autant moins utilisée qu'un infirmier dépassé par un cas peut demander l'avis du médecin ou même lui référer le patient, sans que cela entraîne un surcoût. Tout patient officiellement référé par un infirmier vers un médecin du CSSP est en effet considéré comme un ancien consultant. Que le patient provienne d'un CCS ou du dispensaire du CSSP n'y change rien.

Le coût d'une admission (hospitalisation) est de 500 FCFA, payables à la sortie, sauf pour les *Peul*, qui auraient trop souvent l'habitude de s'"échapper" ou de s'"évader". La consultation initiale est facturée en plus, tout comme les médicaments et les analyses de laboratoire prescrits, ainsi que le carnet, s'il s'agit d'une première visite dans un service de santé public. L'hôpital ne fournit aucune prestation hôtelière (repas, literie). Chaque malade doit être accompagné d'un garde-malade lui préparant ou apportant les repas, faisant la lessive, assurant sa toilette, l'assistant dans ses déplacements, veillant à la prise régulière des médicaments...

À la maternité du CSSP de Ouessè, une nouvelle consultation gynécologique (pour désir de grossesse, interruption volontaire de grossesse...) coûte 500 FCFA; les anciennes consultations sont gratuites durant un mois, comme pour les soins curatifs au dispensaire. Une hospitalisation à la maternité du CSSP, que ce soit pour un accouchement ou pour un autre motif comme une pathologie durant la grossesse ou un risque de fausse couche, revient à 300 FCFA, soit 200 FCFA de moins qu'une hospitalisation hors de la maternité. Quelques prestations particulières sont à payer en plus de l'hospitalisation: accouchement, 500 FCFA; curetage, 1500 FCFA; curage digital, 200 FCFA. Dans les maternités de CCS, les accouchements coûtent également 500 FCFA (1'000 FCFA à Kémon), mais sans supplément pour l'hospitalisation, de plus en plus brève d'ailleurs.

L'inscription aux consultations prénatales coûte 500 FCFA par grossesse (plus 75 FCFA pour le carnet si la mère n'en possède pas encore un), aussi bien dans une maternité de CCS que dans celle du CSSP. Elle donne droit à autant de visites que la femme le souhaite. Seule la maternité de Toui demande 100 FCFA par consultation prénatale, sans paiement forfaitaire initial. Les médicaments prescrits durant ces consultations sont à payer séparément, comme tous les médicaments cédés dans les services de santé publics. Par contre, les tests d'albumine liés aux consultations prénatales sont inclus dans le prix d'inscription. Ce test très simple est d'ailleurs effectuée par le personnel de la maternité et non pas par le technicien de laboratoire, comme pour toutes les autres analyses médicales. Les UVS facturent généralement 50 FCFA par visite prénatale, médicaments non compris. Elles n'en ont d'ailleurs souvent pas.

¹ Et, en principe, que le diagnostic n'ait pas changé entre-temps. Si le premier diagnostic est erroné et que le patient consulte une deuxième fois, il sera en principe réenregistré comme un nouveau cas, avec un nouveau diagnostic. Il devra donc à nouveau s'acquitter des 100 FCFA, payant ainsi pour l'erreur de l'infirmier. Cette manière d'enregistrer les cas résulte de la finalité du recueil d'informations sanitaires dans les services de santé: il s'agit plus de dresser le tableau épidémiologique des consultants (à ne pas confondre avec celui de la population!) que d'étudier le niveau d'activité et le taux d'utilisation des services de santé. On s'intéresse donc plus au nombre des différents diagnostics qu'à celui des patients ou de consultations.

Les consultations post-natales sont très peu pratiquées par les femmes de la sous-préfecture, phénomène semble-t-il assez général en Afrique subsaharienne. Pour ne pas pénaliser cette activité que l'on cherche à promouvoir, elle bénéficie de la gratuité. Il en va de même de la consultation des enfants sains.

Le prix des analyses de laboratoire au CSSP de Ouessè varie fortement selon leur type. La plupart coûtent entre 200 et 600 FCFA. Les analyses liées à la transfusion sanguine, de loin les plus fréquemment pratiquées dans ce service de santé, coûtent un peu plus cher que la moyenne. Il faut compter 1'000 FCFA pour la détermination du groupe sanguin et du rhésus, 600 FCFA pour la numération de la formule sanguine et autant pour la détermination du taux d'hémoglobine. Parmi les autres analyses, citons par exemple le test d'Emmel (500 FCFA) qui permet de détecter la drépanocytose, les prélèvements vaginaux ou urétraux (500 FCFA), l'analyse de la glycémie dans le sang (300 FCFA), le test de protéinurie (200 FCFA), le test BAAR (300 FCFA), le test de la goutte épaisse (200 FCFA), pour le paludisme, le spermogramme (1'000 FCFA) et le test biologique de grossesse (2'000 FCFA). Le test du VIH est gratuit (mais pas toujours disponible!). Tout comme pour les médicaments, le prix des analyses de laboratoire est un compromis entre le coût de revient et l'utilité médicale de l'analyse ou du médicament. Ainsi, les tests permettant de déterminer la fertilité sont facturés au prix fort au CSSP (tout comme d'ailleurs à l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané).

Effectuée avec l'appui du PEV (Programme Elargi de Vaccination), la vaccination est partout gratuite au Bénin, du moins pour les maladies couvertes par le PEV (poliomyélite, diphtérie, tétanos, coqueluche, tuberculose et rougeole). Seule une contribution initiale symbolique de 25 FCFA est demandée pour l'achat de la carte de vaccination. D'autres vaccinations, proposées ponctuellement en cas d'épidémie, sont payantes. C'est le cas par exemple du vaccin contre la méningite, qui a été proposé dans la sous-préfecture de Ouessè durant l'épidémie du début de l'année 1995. Malgré un coût non négligeable de 200 FCFA (mais de 1'000 FCFA ou plus dans certaines villes du Sud béninois), cette campagne a rencontré un grand succès, la population étant effrayée par plusieurs décès suspects. La vaccination contre la méningite du début de l'année 1992 avait par contre eu peu de succès. En plus du prix et de séances très peu décentralisées, l'infirmier de Tosso invoque une raison plus profonde à cela: "Ils veulent voir la maladie avant de faire de la prévention".

Dans tous les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè les prix unitaires des médicaments sont identiques. Seul l'assortiment disponible varie, en fonction du niveau hiérarchique du service et des habitudes de prescription particulières à chaque agent (chaque CCS passe librement commande auprès de la pharmacie centrale du CSSP). Les médicaments sont alors conditionnés dans de petits sachets en plastique contenant les quantités nécessaires à la durée totale d'un traitement. La vente à l'unité n'est donc pas possible. La liste des prix est affichée à l'entrée du CSSP de Ouessè, parfois dans les CCS. Les médicaments essentiels y sont très bon marché au regard du prix de la spécialité correspondante en pharmacie.

La dévaluation de 50 % du FCFA intervenue le 12 janvier 1994 n'a pas du tout été répercutée sur le prix des prestations offertes par les services de santé publics, du moins jusqu'à la fin de notre dernier séjour en avril 1995. Très faible jusqu'alors, l'inflation a explosé en 1994. Le prix de tous les produits a augmenté, y compris ceux fabriqués localement, sans utiliser le moindre intrant importé. Les producteurs, les commerçants cherchaient en effet à préserver leur pouvoir d'achat. Les fonctionnaires ont finalement obtenu une revalorisation des salaires, proportionnellement plus importante pour les bas que pour les hauts salaires, mais toujours bien inférieure à l'inflation. Comme de plus la grande majorité des médicaments utilisés au Bénin sont importés (les quelques fabriques locales utilisent d'ailleurs aussi des matières premières importées), le prix de l'ensemble des prestations offertes par le secteur sanitaire public aurait dû

être réajusté. Pour des raisons de politique sanitaire (préserver l'accessibilité économique des soins pour une population déjà durement éprouvée par la dévaluation) et sans doute de politique tout court (les élections législatives approchaient, suivies environ un an plus tard par les élections présidentielles), il n'en a rien été. Cela a en partie été rendu possible par des mesures d'accompagnement de la Banque mondiale, qui a subventionné l'achat des médicaments pendant un an. La centrale d'achat des médicaments a ensuite augmenté d'environ 25 % le prix de cession des médicaments aux services de santé, avec interdiction pour eux de répercuter cette hausse sur leurs prix de revente aux patients. Cette pratique a menacé l'autofinancement partiel imposé aux services de santé. A notre départ, les agents de santé considéraient comme inéluctable un réajustement des prix de détail des médicaments.

Les prix pratiqués dans les services de santé publics de la sous-préfecture sont plutôt considérés comme modérés. Ils passent pour nettement meilleur marché que ceux pratiqués par la clinique de Laminou, exemple unique dans la sous-préfecture d'un service excessivement cher, pour aussi chers ou meilleur marché que ceux des autres privés, mais pour plus chers que ceux de l'hôpital Saint-Martin.

Le secteur confessionnel

L'hôpital Saint-Martin pratique un système de tarification forfaitaire. Un paiement unique, avant la consultation, donne droit à la consultation, à tous les médicaments prescrits (du moins ceux disponibles à l'hôpital, soit l'immense majorité), et aux éventuels examens de laboratoire. Un autre paiement forfaitaire donne droit à l'hospitalisation, à toutes les consultations durant l'hospitalisation (sauf la première), aux médicaments et aux éventuelles analyses de laboratoire. Les interventions coûteuses en temps et en matériel, comme les opérations chirurgicales et les accouchements, sont facturées en plus (cf. Tableau 27). Ce système de tarification est très simple. Il allège la tâche du personnel et offre l'immense avantage pour le patient que les coûts sont connus à l'avance. Il sait donc s'il peut se permettre ou non de se rendre dans cet hôpital. Dans l'affirmative, il a l'assurance de pouvoir y recevoir un traitement complet. Cela n'est pas le cas dans un service de santé public ou privé, dans lequel les patients désargentés demandent à l'agent de santé d'effectuer des coupures dans l'ordonnance. Le paiement forfaitaire est généralement très apprécié des patients, d'autant plus qu'ils trouvent souvent le montant modéré, surtout au regard des prestations fournies... et du coût du transport, souvent plus élevés que la facture de l'hôpital pour des soins ambulatoires. La plupart des patients ont vraiment le sentiment d'en avoir pour leur argent. Ils racontent souvent avec une pointe d'émerveillement les différents locaux où on les a reçus, la multiplicité des analyses de laboratoire effectuées, les médicaments reçus à la sortie... Le forfait introduit une perception particulière du paiement. Une femme dira: "Les prix à l'hôpital [le CSSP de Ouessè] ne sont pas vraiment chers. Papané [l'hôpital Saint-Martin] n'est pas cher, car on donne les médicaments et on nous fait des analyses."

La perception que se font de nombreux habitants de la sous-préfecture de Ouessè du système de paiement pratiqué par l'hôpital confessionnel n'est pas sans compliquer, bien involontairement, la tâche du secteur public. La sage-femme de Kilibo dira: "Au début [fin 1993], les gens ne voulaient pas payer les médicaments car ils sont "gratuits" à Papané. En 1994 le COGEC et les agents de santé ont sensibilisé la population: "C'est pour le village". Depuis, ils paient mieux. Aujourd'hui, il est très rare que les femmes ne prennent pas de médicaments lors des consultations prénatales."

Le paiement forfaitaire par visite ou par hospitalisation constitue en fait un système – certes fruste, mais très simple – d'assurance maladie. Contrairement à une assurance classique où les risques sont partagés par tous les assurés ou toute la population si l'assurance est

obligatoire, les risques sont ici partagés entre tous les utilisateurs de l'hôpital, puisque chaque patient paie le même montant par visite, quelle que soit la gravité de son cas. Le principal inconvénient de ce système est que les possibilités de contrôle de la gestion des médicaments sont limitées, ce qui ouvre potentiellement la porte aux détournements.

Durant les heures normales d'ouverture de la consultation une première visite (sans limite de temps, contrairement aux "nouvelles consultations" du secteur public, qui s'entendent par épisode de maladie) coûtait 1'000 FCFA avant la dévaluation (cf. Tableau 27). Elle est passée à 1'500 FCFA après la dévaluation. Toutes les consultations ultérieures à l'hôpital Saint-Martin, que ce soit ou non pour le même épisode, sont considérées comme des anciennes consultations, facturées 600 FCFA avant la dévaluation et 1'000 FCFA après. Les habitants des communes environnantes paient souvent ce deuxième tarif, car beaucoup d'entre eux sont déjà inscrits à l'hôpital. Les consultations en urgence et en dehors des heures d'ouverture usuelles (garde) sont passées de 1'000 à 2'000 FCFA avec la dévaluation. Pour les adultes, l'hospitalisation est passée de 4'000 FCFA avant la dévaluation à 5'000 FCFA après. Le prix de l'hospitalisation pour les enfants (0 à 5 ans) – 3'000 FCFA – n'a pas été augmenté. En 1993, un supplément de 150 FCFA par journée d'hospitalisation pour les adultes et de 100 FCFA pour les enfants a été introduit pour les séjours de plus de 20 jours. Cette mesure avait autant pour but d'encourager le départ de certains patients qui s'accrochaient à l'hôpital que de mieux faire correspondre le prix facturé au coût de revient.

Les activités de SMI n'ont pas été épargnées par l'augmentation des tarifs. Un accouchement simple (eutocique) coûtait 2'000 FCFA avant la dévaluation et 2'500 FCFA après, auxquels il faut encore rajouter le prix de la consultation d'entrée. Avant la dévaluation, le prix forfaitaire pour l'ensemble des consultations prénatales était de 600 FCFA pour les anciennes inscrites à l'hôpital et de 1'000 FCFA pour les nouvelles inscrites. Ces prix sont respectivement passés à 1'000 et à 1'500 FCFA après la dévaluation. Les interventions chirurgicales ont également été majorées, mais dans une moindre mesure que les autres prestations, à l'exception de l'appendicite (+ 47 %; cf. Tableau 27).

Le patient paie sa consultation dès son arrivée à l'hôpital. Le patient n'est "libéré" que s'il a payé l'hospitalisation. Le montant de celle-ci est encaissé le plus tôt possible, pour éviter qu'une fois guéris des malades "s'évadent" sans payer, ce qui arrive plus fréquemment à la maternité. De peur de tout perdre, les acomptes sont acceptés. Le prix des opérations est ainsi encaissé à l'entrée, alors qu'il est rarement possible d'encaisser à ce moment le prix d'une hospitalisation sans opération, car les patients ne s'attendent alors pas à être hospitalisés et ne disposent pas d'assez d'argent. En 1992, les "évadés" et les indigents ont représenté une perte de 350'000 FCFA pour l'hôpital, pour un budget de 14 millions de FCFA, soit 2,5 %.

Ces pratiques sont similaires dans les services de santé publics. Elles heurtent encore souvent des patients habitués il y a peu encore à des soins gratuits chez les guérisseurs et dans les services de santé publics, ou à un paiement effectué en partie ou totalement après la guérison, tel que le pratiquaient d'autres guérisseurs. Devoir payer avant même de pouvoir exposer son problème est parfois ressenti comme un manque de compassion, voire une marque de mépris envers la personne souffrante qui vient demander du secours (NOUNHATIN, 1991)¹. Ce grief est beaucoup plus fort envers le secteur public qu'envers les secteurs confessionnel et privé, puisque "l'Etat c'est nous".

On constate que la plupart des tarifs de base ont fortement augmenté à l'hôpital Saint-Martin après la dévaluation du FCFA. Ces variations sont toutefois très variables d'une

¹ Cet auteur signale qu'à l'hôpital confessionnel de Tanguiéta, dans l'Atacora, il est possible de payer après la guérison, en espèce, nature ou corvées!

prestation à l'autre et d'une catégorie de patients à l'autres. Cela montre bien que les prix ne correspondent pas strictement aux coûts moyens effectifs par catégorie, coûts par ailleurs pas ou très mal connus. Ils résultent aussi de la volonté d'influencer la demande en jouant sur le prix de l'offre. Certaines activités subventionnent d'autres, tout comme les cas les plus légers subventionnent les cas les plus lourds puisque tous les tarifs sont forfaitaires.

Tableau 27 Augmentation du prix des prestations forfaitaires à l'hôpital Saint-Martin de Papané après la dévaluation du FCFA (source: listes des prix affichées à l'hôpital Saint-Martin).

Principaux soins et services	Prix en FCFA		Variation
	1992 et 1993	1994	%
Première visite ¹ (du lundi au vendredi, de 8 à 17 h.)	1000	1500	50
Visites ultérieures, même pour un autre épisode ¹	600	1000	67
En dehors de ces heures et en urgences ¹	1000	2000	100
Hospitalisation des adultes ²	4000	5000	25
Hospitalisation des enfants (0 à 5 ans) ²	3000	3000	0
Supplément par jour après le 20 ^e jour: adultes	150	?	?
Supplément par jour après le 20 ^e jour: enfants	100	?	?
Accouchement eutocique ³	2000	2500	25
Accouch. dystocique (épisiotomie ⁴ , ventouse, ocytocine) ³	3000	5000	67
Hernie simple ²	12500	14000	12
Hernie bilatérale ²	20000	22000	10
Appendicite ²	15000	22000	47
Hernie étranglée, "gros sac", récurrence ²	15000	17000	13
Laparotomie, hystérectomie, césarienne ²	20000	22000	10
Résection intestinale ²	22500	25000	11
Petite chirurgie: kystes, petits lipomes ²	2500	3000	20
Supplément pour transfusion sanguine, par sachet	2500	2500	0
Hosp. et 1 ^{er} sérum antivenimeux pour morsures serpents	6000	4500 ⁵	(-25)

Légende: ¹ Tout compris: soins, médicaments, laboratoire et radioscopie;

² Tout compris, sauf la consultation d'entrée;

³ Y compris 2 jours d'hospitalisation, mais sans consultation d'entrée (= 1'000 FCFA si la femme a effectué des CPN à l'hôpital, sinon 2'000 FCFA, en 1994); en 1992 et 1993, supplément de 4'000 FCFA si le séjour dépasse les 5 jours;

⁴ Déjà 5'000 FCFA en 1992 et 1993 si épisiotomie;

⁵ Sans hospitalisation.

N.B.: La dévaluation du FCFA est intervenue le 12 janvier 1994. Les nouveaux tarifs sont entrés en vigueur dès le lundi 24 janvier 1994.

Par exemple, dans le but d'encourager l'utilisation de l'hôpital par les jeunes enfants, encore nettement sous-représentés en 1992 mais en forte augmentation par la suite, le prix des hospitalisations n'a pas été réadapté pour eux. Par contre, celui des urgences et des consultations en dehors des heures d'ouverture officielle a été doublé. Selon le médecin-chef, de trop nombreuses personnes venaient le week-end et le soir, pour des cas qui auraient pu attendre

encore un peu ou, au contraire, qui auraient nécessité une consultation plus précoce. Ces malades, qui ne viennent pas toujours au moment le plus approprié d'un point de vue médical, présentent surtout l'inconvénient de désorganiser la bonne marche du service, au-delà d'un certain seuil d'affluence. Le personnel de garde est en effet peu nombreux et la soixantaine de patients hospitalisés en permanence l'occupe déjà largement. De plus, le laboratoire et la pharmacie sont fermés en dehors des heures de consultation officielles. La garde possède un petit stock des médicaments les plus fréquemment utilisés. Comme les infirmiers sont très polyvalents, au moins un infirmier de chaque équipe de garde est capable d'effectuer des analyses. Mais rouvrir fréquemment la pharmacie ou le laboratoire et au besoin mettre en marche un petit groupe électrogène n'est guère envisageable. Le doublement du prix cherche donc à limiter le recours à l'hôpital en dehors des heures d'ouverture officielles aux seules vraies urgences... au risque de faire aussi différer la venue de certains cas réellement urgents.

Les guérisseurs

Le coût de la médecine traditionnelle en Afrique subsaharienne fait l'objet d'appréciations très divergentes dans la littérature. Selon les uns, les plus nombreux, elle serait très bon marché, voire gratuite. Selon les autres, elle serait aussi chère et même parfois beaucoup plus chère que la médecine moderne. En fait, rarissimes sont les études spécifiques qui avancent des résultats chiffrés s'appuyant sur un véritable échantillon. Il est vrai que les difficultés méthodologiques d'une telle entreprise sont considérables, ne serait-ce que parce qu'avec le recours à un guérisseur traditionnel, "l'économique est enchâssé dans le social" (BENOIST, 1993), si bien que le coût du traitement n'est souvent pas que monétaire, d'où sa perception comme généralement inférieur à celui de la médecine moderne.

En fait, les prix et les modalités de paiement semblent extrêmement variables d'une région à l'autre et même d'un guérisseur à l'autre. Le prix peut encore être adapté en fonction du type de maladies, de sa gravité, de son étiologie (maladie naturelle ou maladie provoquée; dans ce dernier cas le guérisseur endosse un certain risque, qu'il sait souvent monnayer), de la durée du traitement et des ingrédients qu'il nécessite, de la capacité économique du malade et de sa famille, des liens sociaux que le thérapeute entretient avec ces derniers... Rien donc qui ressemble aux tarifs officiels affichés à l'entrée de certains services de santé modernes. La littérature, mais aussi la vox populi, distingue souvent le guérisseur traditionnel rencontré en milieu rural, le guérisseur "du village", qui serait généralement compétent et gratuit ou presque, des guérisseurs urbains, souvent considérés comme des charlatans inefficaces, voire dangereux, pratiquant des prix surfaits. Au-delà de la caricature, il y a sans doute une part de vérité dans cette dichotomie. Le relâchement du contrôle social en ville permet beaucoup plus facilement d'y exploiter la crédulité des gens dans le besoin. Au village, tout se sait, le niveau de compétence d'un guérisseur comme le prix qu'il a demandé pour tel ou tel cas. De plus, il y avait effectivement une habitude, semble-t-il assez généralisée en Afrique subsaharienne, de gratuité des soins chez les guérisseurs, si par gratuité l'on entend le non paiement direct d'un acte en monnaie ou en nature. Cet usage n'existe quasi plus en ville et il tend à disparaître à la campagne.

Qu'en est-il dans la sous-préfecture de Ouessè? Il n'y a évidemment pas pour la médecine traditionnelle, comme pourrait le laisser entendre le titre de ce sous-chapitre, de système de tarification unifié et encore moins de prix unitaires préétablis. Tentons tout de même de dégager quelques principes généraux.

La personne qui accompagne le patient doit aller chercher en brousse les ingrédients nécessaires au traitement. Parfois le guérisseur en possède en stock et l'accompagnateur peut les lui acheter. Il est aussi parfois nécessaire d'acheter certains ingrédients sur le marché (*sodabi*,

citrons...). Le guérisseur prépare le remède et y ajoute souvent quelques ingrédients secrets. Pour ce travail, certains guérisseurs de la sous-préfecture ont encore l'habitude de ne rien exiger en cas de guérison, du moins l'affirment-ils: le patient donne ce qu'il veut. D'autres au contraire, et c'est semble-t-il le cas de figure le plus fréquent, indiquent lors du premier contact ce que le malade doit payer ou acheter pour tout le traitement et demandent une avance, le solde étant à payer après la guérison. Avant la dévaluation, un ordre de grandeur de cette avance était de 1'000 FCFA. La nature et les circonstances de la maladie peuvent modifier ce schéma. Par exemple, en cas de maladie très grave ou d'urgence, le guérisseur renonce souvent au paiement initial, qui ne constitue souvent qu'une avance sur frais, "pour ne pas éprouver davantage" le malade et sa famille. Le traitement des maladies graves revient souvent moins cher que celui des maladies plus bénignes, car "on a pitié". De plus, un succès face à un cas grave assure une bonne publicité, qui amènera d'autres patients. En cas d'échec d'un premier traitement, le guérisseur fournit gratuitement un autre traitement. Dans tous les cas, le véritable paiement se fait après la guérison, qui marque la fin du suivi par le guérisseur. Au besoin, ce suivi nécessite qu'un guérisseur se déplace pour visiter un malade qui ne peut venir à lui. Houssou (1985) signale qu'à Cotonou rares sont les guérisseurs qui se font payer seulement après la prestation et la satisfaction des patients. Par contre, aucun guérisseur de son échantillon n'attend que la totalité de la rétribution soit versée pour entamer le processus thérapeutique. Selon cet auteur, le recours à un guérisseur est aujourd'hui aussi coûteux que celui à un praticien de la médecine moderne. Une autre enquête menée dans deux districts (sous-préfectures) ruraux conclut quant à elle que le recours à un guérisseur revient 2 à 4 fois moins cher (environ 3'600 FCFA à Tori Bossito et 4'900 FCFA à Banté) qu'un traitement dans un service de santé moderne (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU, [et al.], 1988). Depuis ces deux études, le coût moyen des soins dans le secteur public a diminué, avec l'introduction des médicaments essentiels.

Selon les guérisseurs de la commune de Laminou, un traitement complet coûte de 5'000 à 20'000 FCFA (avant la dévaluation). Il s'agit là de traitements "lourds", comme l'attestent la nécessité pour le guérisseur de pratiquer certains interdits alimentaires durant le traitement et d'effectuer certains rites après la guérison. Les guérisseurs du village de Vossa nous ont cité les tarifs suivants (après la dévaluation): 30'000 à 40'000 FCFA en cas de folie, 3'000 à 4'000 FCFA pour une morsure de serpent et 4'000 à 5'000 FCFA pour un "paludisme mâle". Ils diminuent leurs prix si le malade est un indigent, mais jamais jusqu'à la gratuité. Le "roi" des *Peul* de Gbaffo, guérisseur hors association, demandait avant la dévaluation pour la guérison d'une morsure de serpent:

- un poulet en sacrifice, si le consultant était un *Peul* de Gbaffo;
- 2'000 FCFA si c'était un *Mahi* ou un *Nagot* de l'agglomération de Ouessè, à laquelle est rattaché Gbaffo;
- 3'000 FCFA si c'était un *Peul* transhumant.

Pour la commune de Challa Ogoï, le président de l'association avance le prix de 30'000 FCFA et d'un bœuf (avant la dévaluation) pour une maladie grave. Le malade est alors souvent "hospitalisé" pour environ 3 semaines et la nourriture est fournie par le guérisseur. La moitié est payée d'avance, le reste après la guérison (et en cas de guérison seulement). Ici encore, le prix de la deuxième moitié du traitement était finalement souvent diminué. Pour les maladies simples, comme un paludisme, les guérisseurs de cette commune demandent au patient après sa guérison de donner ce qu'ils peuvent, soit généralement 500 ou 1'000 FCFA, ou même rien parfois.

Nous sommes là bien loin de la quasi gratuité évoquée comme une règle par certains auteurs. Les guérisseurs font souvent crédit, surtout si le malade a un parent dans l'association. Certains acceptent d'être payés en nature ou en travail. Après la guérison, des patients se

montreraient “ingrats”, “certains ne disent même pas merci”. Ils encourent toutefois le risque d’être maudits ou de tomber malades. En définitive, tout comme les thérapeutes modernes privés, les guérisseurs font preuve de beaucoup plus de souplesse que le secteur public dans les modalités de paiement.

D’autres formes de paiement existent aussi, notamment pour certaines maladies très graves. Le guérisseur peut attribuer la guérison à un fétiche et demander à ce que le malade ou son enfant se consacre au service de ce fétiche. Un guérisseur peut aussi demander une jeune patiente en mariage. Ce genre de demandes sont exprimées avant le traitement et le malade peut s’y opposer, avec le risque que le guérisseur refuse alors de le prendre en charge.

Avec la création de l’Association est apparue une nouvelle manière de pratiquer chez les guérisseurs de plusieurs villages, Idouya et Vossa notamment. Désormais, les membres de l’association, qui inclut aussi des devins, travaillent collectivement. Lorsqu’un guérisseur est consulté par un malade, il convoque ses collègues chez lui ou dans une case de consultation construite par l’association locale. Ailleurs, comme dans les communes de Toui et de Laminou, les guérisseurs reçoivent à titre individuel les patients, mais ils ont pris l’habitude de référer le patient à un autre guérisseur de l’association communale, en fonction du cas et des spécialités de chaque guérisseur. Ou encore, ils réunissent l’association pour débattre d’un cas qui les dépasse¹.

Cette organisation plus professionnelle de l’activité des guérisseurs a aussi son revers de la médaille: la fixation de tarifs communs aux guérisseurs d’une association locale, avec un partage équitable des recettes, alors qu’auparavant le malade achetait tous les ingrédients et donnait ce qu’il voulait ou pouvait après la guérison. Selon les guérisseurs de l’association de Vossa, les dix ou douze guérisseurs de leur village restés hors association, qui continuent à travailler individuellement, ne demanderaient rien pour leurs services, si ce n’est un litre de *sodabi*, que guérisseur et patient boiront ensemble. Les guérisseurs de l’association se justifient en affirmant qu’ils sont plus efficaces. Il semble donc que le regain de professionnalisation et de légitimité provoquée par la création d’une Association à l’instigation de l’Etat se soit accompagné d’une monétarisation croissante des relations patients guérisseurs. Il n’est pas exclu que cette modification des relations et les prix relativement élevés demandés expliquent partiellement la faible demande actuelle. Mais encore une fois, il n’y a pas de règles fixes, les circonstances et les liens sociaux modulent le principe général. Ainsi, il arrive souvent aux guérisseurs de l’association de Vossa de donner gratuitement un conseil à un habitant du village, qui se procure et prépare ensuite seul les ingrédients nécessaires. Ce sont les étrangers au village qui paient “le prix fort”... ce qui explique peut-être pourquoi ils reçoivent rarement de tels patients. Selon le maire et le secouriste de Djegbé, les traitements des guérisseurs seraient encore gratuits à Djegbé, pour les autochtones, ou alors d’un prix tout à fait symbolique (5 ou 10 FCFA).

Nous ne revenons pas ici en détail sur les prix pratiqués par les “infirmiers” du secteur privé, les dépôts pharmaceutiques et les vendeuses de médicaments, déjà décrits plus haut, du moins à travers quelques exemples (cf. partie II, chap. 1b). Relevant du secteur informel, ces acteurs de la santé pratiquent différents systèmes de tarification (forfait par cas ou consultation et médicaments payables séparément chez les “infirmiers” privés) et des prix fixés à la convenance de chacun. La concurrence, surtout entre les vendeuses de médicaments dont les prestations sont plus facilement comparables, conduit toutefois à une certaine homogénéisation des prix. Dorier-Apprill (1995) remarque que le prix d’un traitement dans le secteur informel de

¹ Il n’est pas exclu que la réalité soit souvent différente de celle décrite au chercheur lors de réunions de guérisseurs. Où finit la description idéalisée du fonctionnement des associations locales, qui permet de réaffirmer la règle face à l’extérieur et surtout face aux membres présents, et où commence la pratique effective de chacun? Plusieurs personnes nous ont aussi dit que, pas plus qu’un autre thérapeute, les guérisseurs n’aimaient s’avouer vaincus.

Brazzaville n'est pas toujours inférieur à celui d'un traitement dans le secteur formel, mais que les modalités de consultation et de vente fractionnée des médicaments sont adaptées à la structure des revenus urbains les plus précaires. Cela est largement valable pour le secteur moderne informel de la sous-préfecture de Ouessè, qui fait généralement preuve d'une grande souplesse dans le mode de paiement, ce qui, avec un service de voisinage personnalisé et très disponible en constitue un des principaux attraits.

b) Coût effectif des consultations

Comme dans les services de santé publics et privés le coût d'une première consultation est fonction du volume de prestations et surtout de médicaments consommés, il est sujet à de fortes variations d'un cas à l'autre et reste donc tout à fait imprévisible pour le patient. Comme les coûts ne peuvent pas être connus à l'avance, sauf à l'hôpital Saint-Martin de Papané pratiquant une tarification forfaitaire, ils ne sauraient à proprement parler constituer un déterminant du choix d'un recours thérapeutique. Il est cependant clair que l'image auprès de la population de chaque type de recours, voire de chaque recours, comporte aussi une composante financière, qui ne correspond d'ailleurs pas toujours aux prix moyens pratiqués.

Ainsi, l'automédication traditionnelle est gratuite ou presque, l'automédication moderne est considérée comme bon marché, si l'on s'approvisionne auprès des vendeuses du marché, mais plus chère si l'on achète les médicaments dans un dépôt pharmaceutique ou une pharmacie extérieure à la sous-préfecture. En outre, il est plus facile face à une commerçante de demander des médicaments pour 250 FCFA que de demander à un infirmier de limiter ses prestations au montant disponible ou que l'on souhaite investir pour sa santé. Tel privé passe pour très cher, tels autres pratiquent des prix raisonnables, voire même sont bon marché pour les moins qualifiés d'entre eux. Le CSSP de Ouessè est plutôt tenu pour cher, alors que son "concurrent", l'hôpital Saint-Martin est considéré comme bon marché. Bien que beaucoup de patients s'en soit détournés après la forte augmentation des prix consécutifs à la dévaluation du FCFA, certains continuent à le trouver moins cher que le CSSP. Il semble en fait que la perception des coûts des différents recours prenne aussi en compte la qualité perçue des prestations. Bien qu'a priori inconnus lorsqu'ils dépendent d'une consultation, le coût des prestations médicales joue donc tout de même indirectement un rôle dans le choix d'un recours thérapeutique. Il nous a paru utile de confronter cette perception générale de la cherté des différentes options thérapeutiques aux coûts réels qu'ils engendrent.

Sources et méthode

Pour ce faire, nous disposons de deux sources d'information:

- les nouvelles feuilles de synthèse gérées par les commis, dans les services de santé publics;
- les déclarations des malades sur le prix de toutes les prestations médicales consommées durant les 1'335 épisodes de maladie recensés au moyen d'une enquête domiciliaire (coût total ou jusqu'au passage des enquêteurs si l'épisode n'est pas achevé).

Ces deux sources sont complémentaires. La première offre l'avantage d'une bonne fiabilité, puisqu'elle repose sur des documents écrits remplis au moment même du paiement. Les éventuels paiements occultes n'y figurent évidemment pas. Mais ils doivent être d'autant plus rares que l'infirmier est maintenant contrôlé en permanence par un commis qui délivre les médicaments prescrits par l'infirmier et encaisse l'argent correspondant et les honoraires. Le commis conserve l'ordonnance et en donne une copie avec mention des prix au patient, comme

reçu. Le traitement est de plus inscrit par l'infirmier dans le registre de santé. Lors des tournées mensuelles de supervision du médecin-chef, la comptabilité, les pièces comptables et le stock de médicaments sont régulièrement contrôlés.

Cette source d'information présente toutefois un inconvénient de taille: elle est très partielle. Elle ne dit en effet rien sur le coût de l'automédication et du recours aux secteurs privé et confessionnel. De plus, s'il est facile de connaître le coût d'une consultation et de savoir s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau cas, il est plus difficile de reconstituer la succession des consultations de l'épisode et de calculer ainsi son coût total dans un service de santé donné. Difficile ne signifie pas impossible. Avec le vieux système d'enregistrement, les anciens consultants étaient simplement signalés par une coche, dans la marge du registre. On savait donc tout au plus combien il y en avait (cette manière de procéder était si peu contraignante que de nombreuses anciennes consultations semblent avoir été omises). Avec l'apparition des commis, toutes les consultations, y compris les anciennes, sont nominalement inscrites sur une liste journalière, avec le montant du paiement. En repérant si chaque nouveau consultant réapparaît sur ces listes dans les jours qui suivent, il est donc possible de suivre l'entier de son traitement dans ce service de santé et d'en déterminer le coût total. Ce travail est évidemment fastidieux et quelques omissions de notre part ne sont pas à exclure.

L'interrogation directe des ménages sur les dépenses consécutives à un épisode de maladie est particulièrement intéressante par l'exhaustivité qu'elle permet: tous les types de dépenses directes peuvent ainsi facilement être étudiés pour l'ensemble d'un épisode (s'il est terminé au moment de l'enquête). Le handicap de cette méthode est évidemment son manque potentiel de fiabilité, que ce soit par ignorance, par oubli ou par volonté délibérée de montrer que la santé constitue une charge écrasante pour le ménage et donc que les prix doivent être diminués. Différentes mesures ont été prises pour limiter les difficultés de remémoration:

- seuls les coûts engendrés par la maladie durant le mois écoulé ont été demandés;
- les coûts ont été demandés séparément pour chaque recours;
- pour chaque recours extérieur, nous n'avons pas tenté de distinguer le coût des différentes prestations (consultation, médicaments, laboratoire, hospitalisation...), ce qui serait d'ailleurs peu pertinent au vu de la diversité des systèmes de tarification. Seul le coût global des prestations médicales, en une ou plusieurs consultations pour le même épisode, a été demandé, pour chaque prestataire de services;
- très difficiles à évaluer, les coûts indirectes des consultations n'ont pas été étudiés: surcoût des repas pris à l'extérieur, manque à gagner pour le malade et les personnes qui l'assistent. Par contre, le coût du transport vers les services de santé a été demandé, à part des coûts médicaux. Il inclut, séparément pour chaque service de santé, tous les trajets effectués par le malade et ses accompagnateurs.

Cette méthode a donné de bons résultats: à une exception près, nous avons toujours obtenu une réponse aux questions sur les coûts. De plus, certains indices suggèrent que leur fiabilité est bonne: réponses rapides et précises avec assez peu de chiffres arrondis (500 FCFA, 1'000 FCFA...), peu de montants très élevés et beaucoup de montants très faibles pour l'automédication.

Les coûts sont détaillés par affection. L'enquête domiciliaire a individualisé 13 affections, groupes d'affections ou symptômes, qui ne couvrent pas la totalité des cas de maladie rencontrés au sein des ménages visités. Ces affections ont été choisies pour leur exemplarité, en fonction de leur prévalence élevée et/ou des recours particuliers sur lesquels ils sont a priori susceptibles de déboucher. Ainsi, seule une partie des services de santé modernes sont capables de prendre en charge la hernie et les morsures de serpents; les traumatismes graves requièrent a priori une

intervention rapide, ce qui devrait favoriser les services les plus proches; les services de santé modernes sont souvent jugés peu efficaces contre le “rhumatisme”. Nous n’avons de plus retenu que des catégories diagnostiques correspondant à la nosologie locale, donc ayant un nom en *mahi* et en *nagot*, et dont les symptômes sont bien connus de la population. Les affections retenues sont le “paludisme mâle” (ictère), le “paludisme femelle” (paludisme), la diarrhée, la dysenterie, la toux avec fièvre, l’“attaque” (neuropaludisme et ou tétanos néonatal), la rougeole, le *manyen* (candidose digestive), les maladies sexuelles transmissibles, le “rhumatisme”, les traumatismes graves, la hernie et les morsures de serpents. Les coûts par pathologie selon les registres distinguent également 13 affections ou catégories d’affections (cf. partie III, chap. 2d). Elles sont différentes de celles utilisées dans l’enquête domiciliaire. Ces catégories d’affections sont: le paludisme, les affections de l’appareil respiratoire, les affections de l’appareil digestif, les affections des sens, les affections uro-génitales, les traumatismes, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition, les morsures de serpents, les dermatoses, l’onchocercose, la chirurgie et une catégorie résiduelle regroupant tous les cas sans mention de diagnostic avec des affections mal définies ou d’autres diagnostics non classés ci-dessus.

Faut-il calculer les coûts médicaux pour l’ensemble des épisodes étudiés ou seulement pour ceux qui sont achevés? Les deux approches ont leurs avantages et inconvénients. Après avoir constaté que les ordres de grandeur des coûts ne varient que peu selon que l’on utilise l’une ou l’autre approche, nous avons opté pour la prise en compte des épisodes finis, qui seuls permettent d’appréhender le coût total d’un épisode et de comparer le coût des différentes options thérapeutiques. Les épisodes non terminés décrivent en effet trois réalités bien différentes, avec des incidences divergentes sur les coûts. Il y a tout d’abord les cas de maladie qui se sont déclarés peu de temps avant le passage des enquêteurs. A peine amorcé, le traitement est généralement bon marché. Mais il ne reflète pas du tout ce que le malade et son ménage vont payer au total pour l’ensemble de l’épisode. Il y a ensuite les maladies chroniques, pour lesquelles on dépense souvent peu. Après une phase thérapeutique très active, on se résigne en effet plus ou moins et l’on se contente généralement d’utiliser quelques remèdes symptomatiques. Il y a enfin les cas aigus qui durent plus longtemps que la moyenne. Ils entraînent habituellement plus de démarches thérapeutiques et ont déjà coûté plus cher que la moyenne des cas achevés lors du passage des enquêteurs. L’interprétation du coût des épisodes non finis est donc fort problématique. A l’inverse, les négliger revient à omettre une partie bien particulière des cas de maladies: les maladies chroniques et les cas les plus longs; sans parler de la baisse de l’effectif des cas à étudier, ce qui est particulièrement dommageable lorsque l’échantillon est fortement désagréé.

Dans un premier temps, tous les coûts seront calculés à partir des données de l’enquête domiciliaire effectuée au début de l’année 1995. Nous étudierons ensuite, au moyen des registres de patients tenus par les infirmiers et les commis, les coûts d’un épisode dans les principaux services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè.

Coût de l’automédication

Les données fournies ici proviennent uniquement de l’enquête domiciliaire. Comme le coût de l’automédication est très différent selon qu’elle recourt à des remèdes traditionnels ou à des médicaments modernes ou encore à une combinaison des deux types de remèdes, ces différents cas de figure ont été distingués, en plus de l’automédication en général, tous types confondus. De même, nous avons aussi calculé séparément les coûts moyen et médian pour les seuls malades ayant pratiqué une automédication non gratuite. En effet, le coût moyen de l’automédication cache deux cas de figure bien distincts: la gratuité de la plupart des traitements à base de remèdes traditionnels et le paiement pour les traitements modernes ou mixtes.

Coût de l'automédication selon le type de remèdes consommés

Le coût total moyen de l'automédication pour un épisode fini de maladie est de 444 FCFA au début de l'année 1995, soit un an après la dévaluation du FCFA (cf. Tableau 28). Cependant, seule la moitié des malades payent plus de 200 FCFA pour l'automédication. Tous les chiffres ci-après ne concernent, sauf mention contraire, que des épisodes finis d'automédication, que la guérison ait été apportée par elle (655 cas) ou par un ou plusieurs recours extérieurs subséquents (45 cas). Pour ces derniers cas, la durée de l'automédication a été moins longue et son coût moyen inférieur: 228 FCFA (médiane de seulement 50 FCFA), contre 458 FCFA (médiane de 200 FCFA) pour l'automédication non suivie d'un recours extérieur. Ce résultat nous suggère une hypothèse, que nous vérifierons plus loin: lorsqu'un traitement passe successivement par l'automédication et un recours extérieur, son coût moyen total est supérieur à un traitement recourant uniquement à l'automédication ou à un spécialiste. Par contre, le coût moyen de chacune des deux parties du traitement est inférieur à l'automédication utilisée seule, respectivement à un recours extérieur seul, sans recours antérieur. En d'autres termes, lorsqu'un recours extérieur suit l'automédication, il n'y a pas juxtaposition de deux traitements, mais poursuite, sous une autre forme, du même traitement. Le coût moyen total ne devrait donc pas être aussi élevé que s'il s'agissait de deux traitements complets successifs. La première partie de cette hypothèse est déjà ici vérifiée: on dépense deux fois moins pour l'automédication quand elle est suivie d'un recours extérieur que lorsque ce n'est pas le cas.

Seuls 8 % des malades ayant pratiqué l'automédication traditionnelle seule ont encouru des frais. Ainsi, un quart de tous ceux qui ont pratiqué l'automédication n'ont rien dépensé pour elle. Il en résulte que le coût moyen de la seule automédication payante est sensiblement plus élevée – 598 FCFA pour une médiane de 300 FCFA – que le coût moyen de l'automédication.

Tableau 28 Coût moyen en FCFA de l'automédication pour des épisodes finis, avec ou sans recours extérieur ultérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédication payante			Total automédication		
	N	moyenne	médiane	N	moyenne	médiane
Remèdes traditionnels	16	500	100	192	42	0
Médicaments modernes	290	508	300	293	503	300
Traditionnels et modernes	24	445	188	25	427	175
Traditionnels puis modernes	123	734	400	124	728	400
Modernes puis traditionnels	66	821	350	66	821	350
Total traitements mixtes	213	728	325	215	722	300
Total général	519	598	300	700	444	200

Selon le type d'automédication pratiqué, les coûts varient fortement. Sans surprise, l'automédication traditionnelle seule revient en moyenne beaucoup moins cher que l'automédication moderne seule (42 contre 503 FCFA, soit un rapport de 1 à 12), puisque la première est presque toujours gratuite et la seconde quasiment jamais. Par contre, si l'on s'en tient aux seuls traitements payants, les deux formes d'automédication "pure" reviennent au même prix (environ 500 FCFA). Cependant, la médiane des prix pour les remèdes traditionnels est beaucoup plus faible que pour les médicaments modernes (100 contre 300 FCFA), ce qui suggère une plus forte dispersion des prix pour les remèdes traditionnels. En moyenne, les différentes combinaisons de remèdes traditionnels et modernes coûtent plus chers que les médicaments modernes utilisés seuls (722 contre 503 FCFA). Comme dans les deux cas la

moitié des malades paient moins de 300 FCFA, la dispersion vers le haut des prix est plus importante pour les combinaisons de remèdes que pour les médicaments modernes seuls. Ce prix moyen pour l'ensemble des combinaisons de remèdes cache cependant d'importantes différences, selon le type de combinaisons.

La prise simultanée de remèdes traditionnels et modernes s'oppose aux deux formes d'associations successives de ces deux types de remèdes. La première ne coûte en moyenne que 427 FCFA, alors que les secondes reviennent à 728 et 821 FCFA, selon que les remèdes traditionnels précèdent les remèdes modernes ou l'inverse. D'un point de vue financier, tout se passe comme si la prise simultanée des deux types de remèdes revient à remplacer une partie des médicaments modernes, payants, par des remèdes traditionnels, généralement gratuits. Cette forme d'automédication revient donc nettement plus cher que l'automédication traditionnelle, mais sensiblement moins cher que l'automédication moderne. Par contre, la prise successive des deux types de remèdes suggère que la maladie est en moyenne plus difficile à traiter (le ou les premiers remèdes se sont montrés peu ou pas efficaces, ou pas assez rapidement efficaces au goût du malade) et plus longue (c'est effectivement le cas, mais de peu: 9,8 jours contre 8,9). Cela implique que l'on prenne plus de remèdes et pendant plus longtemps; ce qui se répercute sur leurs coûts. Même la faible différence de prix entre les deux formes de combinaisons successives pourrait s'expliquer. Bien souvent, la succession des deux types de remèdes procède par adjonction plutôt que par substitution. En cas d'adjonction de remèdes traditionnels à des médicaments modernes, mettons deux ou trois jours après le début du traitement, la durée de prise des médicaments modernes est plus longue que dans le cas de figure inverse, et cela quelle que soit la durée totale du traitement. Or c'est la quantité de médicaments modernes consommés qui détermine largement le coût total du traitement, puisque les remèdes traditionnels sont gratuits ou presque.

Coût de l'automédication par village

Les dépenses moyennes consenties pour l'automédication sont nettement plus élevées à l'ouest qu'à l'est de la sous-préfecture de Ouessè (respectivement 513 et 319 FCFA; cf. Tableau 29). Cela reste vrai même si l'on exclut de l'Ouest le village d'Idadjo, qui se démarque beaucoup des autres par un nombre de cas et un coût moyen très élevés. Le coût moyen de l'automédication à l'Ouest tombe alors à 412 FCFA, pour une médiane inchangée à 200 FCFA. Comme nous le verrons dans les trois dernières parties de cette thèse, les habitants de l'Est se distinguent de ceux de l'Ouest par un nombre de cas de maladies moins élevé, par leur moindre gravité perçue et par un taux d'utilisation des services de santé plus faible. Nous voyons maintenant que les malades de l'Est dépensent aussi moins par cas que ceux de l'Ouest pour se soigner par automédication. Le coût médian pour les deux moitiés de la sous-préfecture n'est pourtant pas très différent (200 contre 150 FCFA), ce qui, au vu des moyennes, suggère une plus forte concentration des très fortes dépenses à l'Ouest.

Tableau 29 Coût moyen de l'automédication en FCFA par village, pour des épisodes de maladie achevés (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Moyenne	Médiane
Idadjo	112	818	300
Wokpa	69	341	225
Gbanlin	32	438	200
Djegbé	79	490	280
Attannondoho	46	455	300

Adougou	34	668	95
Gbaffo	35	310	50
Attata	42	190	100
Gbédé	64	191	68
Kilibo	40	559	250
Akpéro	53	257	200
Toui PK	43	426	200
Odo Akaba	51	268	130
Total Ouest	449	513	200
Total Est	251	319	150
Total général	700	444	200

Les dépenses moyennes par malade ayant pratiqué l'automédication et dont la maladie était finie lors de l'enquête varient beaucoup d'un village à l'autre, surtout à l'Ouest. Les valeurs extrêmes sont de 190 FCFA à Attata et à Gbédé et de 818 FCFA à Idadjo. Le rapport est donc de 1 à 4,3 entre les villages occupant les positions extrêmes. A l'Est, seuls les habitants de Kilibo, le plus riche des cinq villages de l'Est étudiés, dépensent plus que la moyenne. Dans quatre villages (Attata, Adougou, Gbaffo et Gbédé), la moitié des malades consacrent 100 CFA ou moins à l'automédication. Même à Idadjo l'automédication reste gratuite ou bon marché pour beaucoup, puisque son coût médian n'y est que de 300 FCFA.

Plusieurs hypothèses non exclusives pourraient expliquer ces différences intervillageoises de dépenses moyennes par cas pour l'automédication, notamment:

- la richesse globale des habitants de chaque village;
- la proportion de malades pratiquant l'automédication qui a utilisé exclusivement des remèdes traditionnels (qui peut elle-même partiellement dépendre de facteurs économiques);
- l'accessibilité des principales sources d'approvisionnement en médicaments modernes (marchés et dépôts pharmaceutiques), celle des plantes médicinales de la "brousse" étant partout similaire¹.

La richesse globale des habitants par village (cf. partie I, chap. 1b pour la méthode de calcul) est effectivement positivement, mais assez modérément, corrélée avec le niveau moyen des dépenses par village pour l'automédication ($r = 0,39$). Si l'on ne prend pas en compte le village enregistrant la plus forte dépense moyenne et celui où les dépenses pour l'automédication sont minimales, le coefficient de corrélation grimpe même à 0,68.

De plus, la proportion de malades utilisant exclusivement des remèdes traditionnels pour l'automédication, le plus souvent gratuits, tend effectivement à diminuer le prix moyen de l'automédication par village. Il existe en effet une corrélation négative entre dépense moyenne

¹ Formulée ainsi, cette hypothèse serait beaucoup plus complexe à vérifier qu'il n'y paraît. Si le prix unitaire des médicaments est très vraisemblablement plus élevé dans les villages éloignés de tout marché (ce qui implique au moins un intermédiaire supplémentaire, puisque les revendeuses locales s'approvisionnent essentiellement auprès des vendeuses des marchés, et aussi des pénuries momentanées qui se répercutent sur les prix), il n'est pas dit que les dépenses effectivement consenties pour l'automédication par les habitants de ces villages soit supérieures à celles de villageois bénéficiant d'un marché. Malgré la distance, une partie des médicaments sont en effet directement achetés au marché, qui sont régulièrement fréquentés, et, surtout, les habitants de ces villages isolés pourraient s'adonner plus que les autres à l'automédication traditionnelle gratuite, souvent aussi, sinon plus, accessible pour eux que les médicaments modernes, ce qui n'est pas le cas pour les personnes vivant près des marchés.

par village pour l'automédication et taux d'utilisation exclusive de remèdes traditionnels ($r = -0,49$).

En outre, il existe bien une association positive, assez modérée, entre l'accessibilité des médicaments modernes par village et le niveau moyen des dépenses ($r = 0,36$). Cette accessibilité est grossièrement estimée par la présence ou non d'un marché hebdomadaire dans la localité. Deux des quatre localités de l'échantillon avec un marché disposent encore d'un dépôt pharmaceutique. De plus, sur le marché de Ouessè, desservant directement 3 villages de l'échantillon, on trouve en permanence quelques étals de vendeuses de médicaments; leur nombre augmente le jeudi, jour du marché.

En fait, nos trois hypothèses ne sont pas indépendantes les unes des autres. Si les dépenses par village pour l'automédication sont positivement corrélées avec la richesse moyenne de ses ménages et avec la présence d'un marché hebdomadaire, la richesse des habitants par village est aussi positivement corrélée avec la présence d'un marché hebdomadaire ($r = 0,61$). Ainsi, la richesse, l'activité commerciale, mais aussi la population la plus scolarisée tend à se concentrer dans les plus grandes localités, ce qui n'est pas sans incidence sur le volume et la nature de l'automédication.

Coût des médicaments selon leur provenance

Seule une petite moitié des malades pratiquant l'automédication ne se sont approvisionnés qu'à une seule source pour un épisode donné de maladie. Selon la ou les sources d'approvisionnement utilisées, le prix moyen de l'automédication pour un épisode achevé varie fortement. Afin de bien mettre en évidence les différences de prix attribuables à l'origine des remèdes, nous étudierons essentiellement les cas où l'approvisionnement n'est pas mixte.

Le recours aux plantes médicinales que l'on est allé chercher soi-même en "brousse" est évidemment gratuit (cf. Tableau 30). Il n'y a pas dans la sous-préfecture de Ouessè de vendeuses de plantes médicinales. Certains guérisseurs en vendent, mais ce n'est alors plus dans le cadre de l'automédication. Certains traitements traditionnels requièrent en plus des plantes médicinales certains ingrédients que l'on trouve sur les marchés: *sodabi*, sucre, citron... Ces produits "médicinaux" ont été inclus dans ceux du marché, essentiellement composés de médicaments modernes.

Tableau 30 Coût moyen de l'automédication en FCFA selon la provenance des remèdes, pour des épisodes finis (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Moyenne	Médiane
Brousse seule	166	0	0
Vendeuses du marché seules	256	438	300
Dépôts pharmaceutiques et pharmacies seuls	14	1493	875
Vendeuses et pharmacies conjointement	6	1908	1850

Pour l'automédication payante, c'est l'approvisionnement auprès des vendeuses du marché ou au porte-à-porte qui revient le moins cher (438 FCFA en moyenne, pour une médiane de 300 FCFA). Le recours aux médicaments d'un des deux dépôts pharmaceutiques de la sous-préfecture ou d'une pharmacie d'une grande ville revient 3,4 fois plus cher (1'493 FCFA). Il n'est dès lors pas étonnant que cette source d'approvisionnement soit peu utilisée, généralement en complément d'autres sources (dans plus de la moitié des cas). Seules 14 personnes se sont approvisionnées exclusivement dans un dépôt pharmaceutique ou une pharmacie, contre 256

uniquement auprès des vendeuses de médicaments. Outre le prix, la bien moindre accessibilité des pharmacies explique aussi cette énorme différence.

Nous n'avons relevé que 6 épisodes de maladie finis pour lesquels les médicaments ont été achetés à la fois à la pharmacie et auprès des vendeuses, à l'exclusion de toute autre source d'approvisionnement. Le prix moyen de l'ensemble des médicaments tend alors à augmenter encore (1'908 FCFA). En fait, il est très proche du cumul des prix moyens pour les pharmacies et pour les vendeuses (1'931 FCFA). Tout comme nous l'avons relevé pour le type d'automédication utilisé, la mixité des sources d'approvisionnement pour les médicaments modernes débouche sur une augmentation des coûts, qui revient cette fois à additionner les coûts engendrés par chaque source d'approvisionnement. Cette conclusion devrait toutefois être confirmée en s'appuyant sur un échantillon de taille bien supérieure.

Divers autres facteurs, liés cette fois aux cas de maladie eux-mêmes, peuvent également influencer le coût de l'automédication. Parmi eux, nous avons retenu la gravité perçue de la maladie, la durée de l'épisode de maladie et enfin la pathologie, telle que diagnostiquée par la malade et son entourage.

Coût de l'automédication selon la gravité perçue des épisodes

Nous posons l'hypothèse selon laquelle les dépenses consenties pour l'automédication augmentent avec la gravité perçue de la maladie. Les maladies les plus graves devraient en effet conduire à une intervention plus rapide, plus massive et plus longue que les maladies bénignes. Ce qui devrait directement se répercuter sur le volume et le coût de la consommation médicale. La gravité perçue de la maladie est toutefois une notion délicate à manier, puisque cette perception est dynamique. Le niveau de gravité indiqué lors de l'enquête domiciliaire résulte donc autant, si ce n'est plus, d'une appréciation a posteriori que de la première impression. Or cette appréciation est sans doute influencée par le niveau des dépenses engagées. Lors de la mise en relation de la gravité perçue et du coût des soins – ici de l'automédication –, il est donc difficile de savoir quelle est la variable dépendante et la variable indépendante.

Selon le Tableau 31, on constate en effet que les dépenses engagées pour le traitement par automédication des cas perçus comme très graves sont 1,7 fois supérieures à celles effectuées pour les cas assez graves et 2,8 fois supérieures à celles des cas peu ou pas graves. Bien que les écarts ne soient pas aussi importants, on relève aussi une baisse régulière du coût médian avec la diminution de la gravité perçue.

Tableau 31 Coût moyen en FCFA de l'automédication pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Sans rec. ext. après			Avec rec. ext. après			Total		
	N	moyenn e	médian e	N	moyenn e	médian e	N	moyenn e	médian e
Très grave	84	980	375	14	93	25	98	853	250
Assez grave	209	500	250	19	421	150	228	494	210
Peu ou pas grave	353	316	200	12	81	10	365	309	175
Total	655	458	200	45	228	50	700	444	200

Nous avons vu plus haut que le coût moyen de l'automédication est nettement plus faible lorsqu'elle ne constitue qu'un préalable à un recours extérieur. Dans ce cas, le coût moyen de l'automédication ne décroît pas avec la diminution de la gravité perçue de la maladie. Les

épisodes considérés comme très graves n'engendrent que des achats de médicaments dérisoires, à peine plus élevés que ceux des épisodes peu ou pas graves (93 contre 81 FCFA) et plus de dix fois inférieurs à ceux des épisodes très graves soignés uniquement par automédication. Les dépenses d'automédication engagées pour les épisodes assez graves traitées par automédication puis recours extérieur sont par contre beaucoup plus élevées. Elles sont du même ordre de grandeur que celles occasionnées par les épisodes assez graves entièrement traités par automédication (421 contre 500 FCFA).

Nous émettons l'hypothèse que les épisodes perçus comme très et assez graves renvoient à deux types de comportements distincts. Pour les premiers, la forte gravité perçue imposerait la consultation très rapide d'un spécialiste de la santé. On pratiquerait alors un peu d'automédication "en attendant, pour soulager", comme l'on affirmé plusieurs personnes durant l'enquête. Même lorsque l'on souhaite consulter rapidement, il s'écoule en effet facilement une demi-journée à une journée entre le constat des symptômes et la consultation (maladies survenues en soirée ou la nuit, temps nécessaire à organiser un déplacement, à réunir l'argent, au retour du chef de famille du champ...). L'automédication ne serait alors qu'un palliatif très brièvement utilisé, d'où son faible coût. On tenterait au contraire de soigner les maladies assez graves par automédication, puis, devant l'échec de la thérapie familiale, on s'adresserait après quelques jours à un spécialiste. La consommation de médicaments serait alors plus longue et plus diversifiée, d'où un coût nettement plus élevé que pour le cas de figure précédent.

La faiblesse du coût de l'automédication pour les épisodes peu ou pas graves traités par automédication puis recours extérieur resterait par contre inexplicée selon cette hypothèse. On ne peut en effet pas affirmer que ces cas soient considérés comme bénins au point de ne presque pas nécessiter de traitement, puisqu'ils ont débouché sur une consultation, indice d'une certaine gravité. De plus, les épisodes peu ou pas graves non suivis d'un recours extérieur occasionnent des frais quatre fois supérieurs.

Cette hypothèse ne résiste pas à l'épreuve des faits. Contre toute attente, le recours extérieur est intervenu d'autant plus rapidement que la gravité perçue était faible (respectivement 3,4, 4,7 et 6 jours après le début des symptômes pour les épisodes pas, assez et très graves). L'automédication pour les cas les plus graves ne saurait donc être palliative, dans l'attente d'une consultation imminente. Une autre hypothèse, invérifiable, doit donc être avancée. Elle veut que la gravité indiquée pour chaque cas de maladie fournisse en fait la perception que s'en font le malade et son entourage au terme de l'épisode.

Au début, tous ces cas de maladie seraient tenus pour mineurs ou du moins d'une gravité indistincte. Quelques jours après, devant la persistance ou l'aggravation de certains cas de maladie, une partie des malades se décideraient à consulter. C'est à ce niveau qu'intervient la différence entre les trois catégories d'épisodes. Certains sont passés rapidement au recours extérieur, si bien que l'automédication n'a duré en moyenne que 1,8 jours. Le traitement extérieur s'est montré efficace (conséquence d'une consultation pas trop tardive?) et l'épisode n'aura duré en moyenne que 7,2 jours. Le déroulement de la maladie confirme ici la première impression: la maladie était effectivement peu grave. D'autres attendent plus longtemps avant de consulter, espérant guérir le cas au moyen d'une solide automédication qui durera 2,8 jours en moyenne. Les dépenses sont loin d'être négligeables. Plus tardif que dans le premier cas, le recours extérieur met aussi plus longtemps à porter ses fruits, puisque l'épisode dure en moyenne 11,4 jours. A posteriori, on juge donc que la maladie n'était pas si insignifiante. Comme les malades de la deuxième catégorie, ceux de la troisième considèrent d'abord leur cas comme bénin. Mais contrairement à eux et pour différentes raisons comme le manque d'argent, la difficulté à trouver des remèdes adéquats, la banalisation du cas..., ils se soignent à peine et dépensent donc très peu, bien que la durée de l'automédication soit la plus longue (4,1 jours en

moyenne). Six jours après le début de l'épisode, ils se décident à consulter, mais le résultat se fait attendre. En moyenne la maladie aura duré 16,9 jours, nécessité un deuxième recours extérieur dans 2 cas sur 14 au total et aura coûté beaucoup plus cher que pour ceux qui ont adopté les deux autres stratégies. De banals au début, ces épisodes seront considérés comme très graves à leur terme.

Cette hypothèse d'une gravité surtout déterminée a posteriori permet aussi d'expliquer pourquoi beaucoup de cas de maladie ont été considérés comme très graves, sans pour autant déboucher sur un recours extérieur. Au début, ces cas étaient plutôt considérés comme assez bénins. L'automédication apporta rapidement un soulagement, ce qui dissuada de consulter. Elle peina cependant à venir totalement à bout de la maladie, d'où la durée importante de cette dernière, son coût élevé pour de l'automédication et sa perception comme très grave.

Nous avons développé cette hypothèse car elle montre plusieurs faits intéressants:

- c'est la gravité perçue d'un cas de maladie au moment de prendre des choix thérapeutiques qui influence ceux-ci. La gravité perçue d'un épisode de maladie obtenue par enquête correspond donc surtout à la situation au moment de l'entretien, si l'épisode n'est pas terminé, ou à la gravité globale, c'est-à-dire essentiellement a posteriori, si l'épisode est achevé;
- les stratégies de recherche de soins sont très conjoncturelles et donc diverses. L'analyse des coûts des diverses options thérapeutiques peuvent suggérer différentes stratégies de recherche de soins. Mais elle n'est de loin pas suffisante pour les appréhender dans leur complexité. Nous avons vu qu'elle peut même déboucher sur des hypothèses a priori pertinentes, mais totalement erronées dès lors que l'on replace un recours dans son contexte;
- les stratégies thérapeutiques qui paraissent de prime abord les plus "payantes" en termes de rapport coût/efficacité, ne le sont pas forcément sur le long terme. Ainsi, à supposer que l'hypothèse émise ci-dessus soit vérifiée, différer la prise en charge sérieuse d'une maladie revient pour ces malades à reporter à un peu plus tard le coût du traitement, tout en le démultipliant. Ceux qui ont pris l'option de dépenser très peu pour l'automédication (en moyenne 23 FCFA par jour de traitement!) et de différer au maximum le recours extérieur ont après quelques jours dépensé beaucoup moins que ceux qui ont payé nettement plus par jour pour l'automédication puis sont assez rapidement passés à un recours extérieur. Mais finalement, le coût moyen total de l'épisode achevé (automédication, un ou plusieurs recours extérieurs et coût du transport) est de 5'693 FCFA pour les malades ayant pratiqué une stratégie attentiste, de 3'121 FCFA pour ceux qui ont fortement misé sur l'automédication pour régler leur problème de santé et de seulement 1'237 FCFA pour ceux qui ont modérément pratiqué l'automédication avant de rapidement consulter un spécialiste de la santé. De plus, ces diverses stratégies ne se traduisent pas seulement par un coût monétaire final fort différent, mais aussi, nous l'avons vu, par une durée de l'épisode passant du simple à plus du double, avec tout ce que cela implique. Il convient toutefois de garder à l'esprit que nous ne parlons ici que des cas d'automédication qui ont été suivis d'un recours extérieur. Ceux qui ont pu se dispenser d'un recours extérieur ont suivi une stratégie en moyenne plus avantageuse, d'un strict point de vue financier, puisqu'ils ont moins payé, quelle que soit la gravité perçue.

Coût de l'automédication selon la durée de l'épisode de maladie

Pour les épisodes finis de maladie, les dépenses pour l'automédication augmentent régulièrement avec la durée de l'épisode, qui est une approximation par excès de la durée

effective de l'automédication (celle-ci ne commence que rarement avec les premiers symptômes et une minorité d'épisodes se sont achevés par un traitement extérieur, sans poursuite de l'automédication en parallèle). Pour les épisodes les plus brefs, moins de 5 jours, l'automédication ne revient en moyenne qu'à 272 FCFA (cf. Tableau 32). Elle coûte presque trois fois plus cher pour un épisode qui a duré de deux à trois semaines. Puis le coût bondit à 1'719 pour les épisodes finis ayant duré de trois semaines à un mois. Le coût de l'automédication pour des épisodes finis est positivement, mais assez faiblement, corrélé avec leur durée total ($r = 0,31$).

Tableau 32 Coût moyen de l'automédication en FCFA, selon la durée de l'épisode fini de maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Moyenne	Médiane	Moyenne/jour
1 à 4 jours	158	272	108	85
5 à 7 jours	262	312	200	52
8 à 14 jours	176	475	238	48
15 à 21 jours	78	751	225	44
22 à 30 jours	21	1719	750	66
plus de 30 jours	2	—	—	—
Total	700	444	200	53

N.B. les valeurs pour les catégories aux effectifs trop faibles ne sont pas indiquées.

Le coût moyen de l'automédication par jour (toujours calculé sur tout l'épisode et non pas sur la seule durée réelle de l'automédication) diminue avec l'allongement de l'épisode, avant d'augmenter brusquement pour les épisodes les plus longs. Il passe de 85 FCFA par jour de maladie lorsque cette dernière dure moins de cinq jours à 44 FCFA lorsque la maladie dure deux à trois semaines, avant d'augmenter à 66 FCFA par jour pour les épisodes durant trois semaines à un mois. Une petite partie de cette diminution de moitié jusqu'à trois semaines est due à l'abandon de l'automédication au profit exclusif d'un recours extérieur par une minorité de cas. Il n'en reste pas moins que les malades tendent à dépenser proportionnellement moins avec l'allongement de l'épisode. S'agit-il d'un "effet coup de poing" – c'est-à-dire d'une concentration de l'effort thérapeutique en début d'épisode –, de l'apparition d'une certaine lassitude, d'une diminution de la consommation médicale accompagnant une lente amélioration, de difficultés croissantes à payer...? Nous l'ignorons. Tout comme nous ne savons expliquer la forte augmentation des dépenses au-delà de trois semaines.

Coût de l'automédication selon la pathologie

Le coût moyen de l'automédication, tous types confondus, varie fortement d'un (auto)diagnostic à l'autre. Nous n'avons retenu ici que les pathologies pour lesquelles les effectifs se montent au moins à dix cas, pour des épisodes achevés. Comme précédemment, les coûts moyens et médians impliquent la totalité des dépenses consacrées à l'automédication pour chaque cas de maladie, peu importe qu'il y ait eu par la suite ou même durant l'automédication un ou plusieurs recours extérieurs. Bien que les épisodes étudiés soient achevés, les frais mentionnés ici n'ont donc pas été forcément suffisants pour assurer seuls la guérison.

Les dépenses moyennes pour l'automédication ont été les plus élevées pour l'"attaque" (1'000 FCFA, médiane 400 FCFA, cf. Tableau 33). Le "paludisme mâle" suit de près (911 FCFA), mais avec une faible médiane (175 FCFA), ce qui, au vu de la moyenne élevée,

suggère qu'une partie des traitements est particulièrement chère et qu'une autre partie est gratuite (phytothérapie). Le traitement du *manyen* par automédication revient sensiblement plus cher que la moyenne (666 FCFA), alors que le "paludisme femelle" et la dysenterie l'encadrent (respectivement 473 et 407 FCFA). La diarrhée et la toux accompagnée de fièvre n'engendrent que peu de dépenses (respectivement 364 et 288 FCFA).

D'une manière générale, les maladies habituellement considérées comme les plus graves sont celles qui ont occasionné les dépenses moyennes les plus élevées. A l'inverse, les maladies les plus communes, considérées comme moins graves, ont engendré des dépenses proches ou inférieures à la moyenne. La "banalisation" de la maladie semble donc diminuer le montant que l'on est prêt à engager pour la soigner.

Tableau 33 Coût moyen en FCFA de l'automédication par pathologie pour des épisodes finis, avec ou sans recours extérieur ultérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Moyenne	Médiane
"Paludisme mâle"	39	911	175
"Paludisme femelle"	231	473	250
Diarrhée	99	364	150
Dysenterie	110	407	145
Toux et fièvre	171	288	200
"Attaque"	11	1000	400
<i>Manyen</i>	22	666	275

La médiane est toujours très inférieure à la moyenne (de 1,4 à 5,2 fois selon la maladie, mais en général environ deux fois). Cela s'explique en partie par un "effet plancher", puisqu'en moyenne un quart des malades ne paient rien pour leur automédication. Ce grand écart entre la moyenne et la médiane implique qu'une petite minorité de malades paient des prix beaucoup plus élevés que les autres pour l'automédication. Pour le "paludisme femelle" par exemple, 23 % des malades ne paient rien, la première moitié des malades paient en moyenne 71 FCFA, contre 886 FCFA pour la seconde moitié. Le quart des malades qui dépensent le plus paient en moyenne 1'360 FCFA et le dixième supérieur des malades environ 2'300 FCFA.

Profil des malades ayant dépensé le plus pour l'automédication

Pour l'automédication tous types confondus, 18 malades affirment avoir payé au moins 3'000 FCFA (2,6 % du total des malades ayant pratiqué l'automédication, mais 27,2 % des coûts), dont 9 au moins 5'000 FCFA (respectivement 1,3 et 16,5 %), pour un maximum de 7'200 FCFA. Le profil de ces 18 très gros consommateurs et de leur épisode de maladie présente-t-il des caractéristiques particulières?

Les très gros achats de remèdes sont plus souvent consentis pour les malades de sexe masculin (77,8 % d'hommes pour les gros achats contre seulement 58,1 % pour les achats inférieurs à 3'000 FCFA). Les malades ayant acheté beaucoup de remèdes sont en moyenne nettement plus âgés que les autres (34,9 contre 21,1 ans). Leur épisode de maladie a duré deux fois plus longtemps (en moyenne 16,6 contre 8 jours). La gravité perçue des cas est nettement plus élevée pour les premiers que pour les seconds (en moyenne 1,61 contre 2,41 sur une échelle allant de 1, très grave, à 3, pas ou peu grave). Vu le nombre de cas limités des gros consommateurs, la comparaison de la structure de leurs maladies avec celle des autres malades

ayant pratiqué l'automédication est peu pertinente. Chez les premiers, il y a cependant une nette surreprésentation des cas de "paludisme mâle" et une sous-représentation encore plus nette de la toux accompagnée de fièvre. Le type d'automédication est lui aussi très différent entre les deux catégories. Deux tiers des premiers utilisent des combinaisons de remèdes, contre seulement 30 % des seconds. À l'inverse, l'automédication moderne "pure" et plus encore l'automédication traditionnelle "pure" sont sous-représentées chez les malades qui ont consenti aux plus lourdes dépenses. Ce sont donc essentiellement les types d'automédication en moyenne les plus chers qui sont utilisés par eux. De plus, ils s'approvisionnent nettement plus souvent dans les pharmacies et proportionnellement moins souvent en brousse et moins encore chez les vendeuses du marché. Les motivations du choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur ne distinguent guère les deux catégories.

Les gros acheteurs de remèdes sont inégalement répartis entre les villages. À lui seul, le village d'Idadjo en rassemble 10 sur 18 (55,5 %). Si l'on pondère le nombre de cas d'automédication exceptionnellement chers par le nombre total de cas par village, Idadjo reste en tête avec 8,9 % des cas, suivi par Adougou (5,9 %) et Kilibo (5 %). Six villages sur treize n'en comptent aucun. Notre définition des très gros acheteurs est trop étroite pour obtenir les effectifs nécessaires à une tentative d'analyse par village. Nous avons donc aussi considéré tous les cas d'automédication achevés ayant entraîné une dépense d'au moins 500 FCFA, soit environ le quart d'entre eux. Dans cinq villages (Idadjo, Attannondoho, Djegbé, Toui PK et Kilibo), plus du quart des utilisateurs de l'automédication ont dépensé au moins 500 FCFA. Ailleurs, cette proportion est inférieure à un quart, même nettement à Gbaffo, Gbédé et Attata (10 à 11 %).

Nous avons vu qu'il existe une légère corrélation positive entre le niveau moyen des dépenses par village pour l'automédication et la richesse globale des ménages par village ($r = 0,39$). Nous retrouvons quasiment la même corrélation ($r = 0,37$) entre le taux des malades par village ayant payé au moins 500 FCFA pour l'automédication et la richesse globale des villages. Ainsi, aussi bien les dépenses moyennes les plus élevées que les dépenses très élevées (quartile supérieur) pour l'automédication ont tendance à se concentrer dans les villages globalement les plus riches. Mais ici encore, d'autres facteurs interviennent également : accessibilité des médicaments modernes, recours différencié aux remèdes traditionnels seuls... Ainsi, bien que d'un niveau de richesse sensiblement inférieur à la moyenne, les habitants d'Idadjo paient plus souvent que les autres des sommes très élevées pour l'automédication. Il s'agit du village connaissant de loin la moins bonne accessibilité aux services de santé et aux marchés. Plus qu'ailleurs (à l'exception de Gbédé), l'automédication y est pratiquée en cas de maladie, mais les médicaments y aussi sont probablement plus chers qu'ailleurs.

Coût du premier recours extérieur

Deux types de coûts ont été calculés pour les premiers recours extérieurs. Il s'agit premièrement du coût total engendré par l'ensemble du traitement suivi chez un prestataire de services donné pour un épisode achevé de maladie, peu importe si le traitement a nécessité plusieurs consultations ou une hospitalisation. Tant que le malade ne change pas de service de santé, nous considérons qu'il en est toujours à son premier recours. L'enquête domiciliaire constitue la source d'information pour ces coûts. En sus du coût des prestations médicales, nous avons encore demandé le coût du transport pour l'ensemble des trajets, ce qui permet de calculer le coût total d'un épisode achevé auprès d'un service de santé. Nous avons encore distingué les coûts des premiers recours extérieurs directs de ceux des premiers recours extérieurs après automédication, afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'automédication préalable diminue le coût du recours extérieur subséquent.

Coût du premier recours extérieur par service de santé pour des épisodes finis

Selon les dires des malades ou de leurs proches interrogés en 1995, le coût moyen d'un premier traitement direct, c'est-à-dire sans automédication préalable, auprès d'un spécialiste de la santé est de 3'368 FCFA pour les prestations médicales, auxquels s'ajoutent 382 FCFA pour le transport, soit un total de 3'750 FCFA (cf. Tableau 34). Les coûts médians sont respectivement de 1'500 et 0 FCFA, pour un coût total médian de 1'725 FCFA. Le transport représentent donc 10 % du coût total moyen des premiers recours extérieurs directs. Nous ne considérons ici que les épisodes de maladie achevés. Les traitements pris en compte sont donc terminés ou ont été abandonnés au profit d'un éventuel deuxième recours extérieur. Les coûts indiqués dans le Tableau 34 sont donc définitifs.

Le coût total moyen d'un premier recours extérieur est donc sans commune mesure avec celui de l'automédication. Il revient en effet 8,4 fois plus cher et encore 7,6 fois plus cher, si l'on s'en tient aux seules prestations médicale. Cette considérable différence de coût constitue certainement un argument très fort en faveur du recours à l'automédication. Le coût du transport, inexistant pour l'automédication, n'entre que pour 10 % dans le coût total du premier recours extérieur direct. Plus de la moitié des patients ne paient rien pour se rendre dans un service de santé, le plus souvent parce qu'ils y vont à pied¹.

Le coût d'un premier recours extérieur direct est très variable selon le type de services visités. Les prestations médicales des services de santé formels reviennent plus de deux fois plus cher que celles des services de santé informels (privés et UVS), soit 3'584 contre 1'622 FCFA. Avec le transport, 431 FCFA en moyenne, la prise en charge par un service de santé formel revient au total à plus de 4'000 FCFA. Le coût moyen du transport est par contre nul pour les services de santé informels, ce qui indique bien qu'il s'agit de services de proximité, voire de consultation à domicile dans certains cas. Comme nous le verrons, les guérisseurs traditionnels n'interviennent quasi jamais comme premier recours extérieur.

Parmi les services de santé formels, ce sont de loin les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture qui se sont montrés les plus chers: plus de 12'000 FCFA pour les prestations médicales et 2'200 FCFA pour le transport, pour un total de 14'217 FCFA. En fait, ces recours à un hôpital extérieur à la sous-préfecture recouvrent deux réalités bien distinctes. Il y a d'abord quelques malades (cinq) d'Odo Akaba et surtout de Toui PK qui préfèrent aller au CSSP de Tchaourou plutôt qu'à l'hôpital Saint-Martin, pourtant 8 kilomètres plus près (mais non desservi par les trains, ce qui semble avoir été déterminant pour un malade). Bien que situé dans une autre sous-préfecture, cet hôpital constitue pour eux le service de santé public le plus proche, ou presque. Seul le CCS de Toui est un peu plus proche. Cette utilisation d'un hôpital extérieur à la sous-préfecture reste donc un recours de proximité. Pour les cinq patients concernés, les coûts moyens ont été de respectivement 1'230, 160 et 1'390 FCFA pour les prestations médicales, le transport et le total. Si l'on omet un cas d'hospitalisation, ces prix tombent à respectivement 538, 200 et 738 FCFA, soit nettement moins que pour les CCS, les privés et même les UVS (mais seulement 4 cas!).

Il y a ensuite quelques malades (quatre), qui sont allés dans un hôpital lointain pour se faire soigner. Tous les coûts sont alors extrêmement élevés: 25'500 FCFA pour les prestations médicales et 4'750 FCFA pour le transport, pour un total de 30'250 FCFA. Ces quatre patients ont tous été hospitalisés, dont deux opérés pour des hernies. Le patient opéré à l'hôpital départemental (CHD) de Parakou déclare des dépenses médicales de 50'000 FCFA, alors que celui qui est allé à l'hôpital confessionnel de Boco, à 12 kilomètres du précédent affirme avoir

¹ Ceux qui ont utilisé leur propre moto ou, beaucoup plus rarement, leur propre voiture ont généralement indiqué le seul prix de l'essence. Parfois, ils ont même considéré que le transport était gratuit.

payé seulement 14'000 FCFA, soit le prix forfaitaire pour une hernie simple. Il se peut que la hernie opérée au CHD ait été plus compliquée ou que notre interlocuteur ait exagéré le prix. Il nous semble toutefois qu'il y ait là une piste sérieuse qui expliquerait, sans doute parmi d'autres raisons, pourquoi les hôpitaux confessionnels de Boco et Papané pratiquent énormément d'opérations comparativement au CHD de Parakou, pourtant plus grand et situé en ville.

Le CSSP arrive en deuxième position des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè pour le coût moyen des premiers recours extérieurs directs: presque 5'000 FCFA pour les prestations médicales et plus de 500 FCFA pour le transport, pour un total d'environ 5'500 FCFA. Plus de la moitié des patients ne paient rien pour le transport, alors que la médiane est de 2'500 FCFA pour les prestations médicales. Ces prix impliquent aussi bien les consultations ambulatoires que les hospitalisations. Ces dernières tirent évidemment fortement la moyenne vers le haut. Pour les seuls consultations ambulatoires (n = 80), les coûts sont respectivement de 2'928, 236 et 3164 FCFA, avec une médiane de 2'000 FCFA pour les prestations médicales et de 0 FCFA pour le transport.

L'hospitalisation au CSSP de Ouessè de 18 patients est revenue en moyenne à 13'906 FCFA pour l'ensemble des prestations médicales et à 1'900 FCFA pour le transport, pour un total de 15'806 FCFA. Les coûts médians sont respectivement de 8'500, 350 et 9'125 FCFA. Le coût moyen total d'une hospitalisation est donc 5 fois plus élevé que celui d'un traitement ambulatoire. Ce rapport est de 1 à 8 pour le transport et de 1 à 4,7 pour les soins médicaux. Le prix du transport tend en effet à augmenter très fortement en cas d'hospitalisation, car la gravité du cas impose plus souvent le recours à un véhicule et surtout parce que nous avons inclus dans le coût du transport tous les déplacements que doivent faire les personnes qui s'occupent du malade durant son hospitalisation (mais pas les visites).

Tableau 34 Coût moyen en FCFA de l'ensemble des visites pour le premier recours extérieur par type de services de santé, pour des épisodes ambulatoires ou hospitaliers achevés de maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Recours extérieurs directs					Recours ext. après automédication				
	Prestations médic.		Transport		Total	Prestations médic.		Transport		Total
	N	moy. méd.	moy. méd.	moy. méd.	moy. méd.	N	moy. méd.	moy. méd.	moy. méd.	moy. méd.
CSSP de Ouessè	98	4944 2500	542 0	5486 2575	20	3484 2188	455 0	3939 2250		
Tous CCS	103	2009 1325	91 0	2100 1500	17	1151 750	35 0	1187 750		
Hôpital St-Martin	49	2623 1500	599 0	3223 1570	6	3833 3500	1000 600	4833 5000		
Autres hôpitaux	9	1201 4000	2200 300	1421 4000	1	— —	— —	— —		
Ts serv. formels	259	3584 1630	431 0	4015 1800	44	2565 1500	448 0	3013 1500		
UVS	11	1427 400	0 0	1427 400	1	— —	— —	— —		
Serv. mod. privés	21	1724 1200	0 0	1724 1200	0	— —	— —	— —		
Ts serv. informels	32	1622 1200	0 0	1573 1200	1	— —	— —	— —		
Guérisseurs	1	— —	— —	— —	1	— —	— —	— —		
Total	291	3368 1500	382 0	3750 1725	45	2508 1500	438 0	2946 1500		

N.B. les valeurs pour les catégories aux effectifs trop faibles ne sont pas indiquées.

A l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané, les coûts moyens déclarés sont de 2'623 FCFA pour les prestations médicales et de presque 600 FCFA pour le transport, pour un total de 3'223 FCFA. Les trois coûts médians correspondants sont respectivement de 1'500, 0 et

1'570 FCFA. Le coût moyen du transport calculé ici est certainement inférieur au coût moyen que paient l'ensemble des utilisateurs provenant de toute la sous-préfecture de Ouessè. Notre échantillon de treize villages inclut en effet deux des trois villages les plus proches de l'hôpital Saint-Martin et les patients qui en sont issus pèsent lourdement dans notre échantillon. Ici encore, il convient de distinguer les coûts pour les malades hospitalisés des autres. Pour les 40 patients en traitement ambulatoires, les coûts moyens sont respectivement de 1'471, 407 et 1'878 FCFA. Ils se montent à 7'744, 1'456 et 9'200 pour les 9 patients hospitalisés. Le rapport entre les coûts moyens des traitements ambulatoires et hospitaliers sont de 1 à respectivement 5,3, 3,6 et 4,9.

Selon les dires des personnes interrogées, le recours à l'hôpital Saint-Martin revient donc en 1995 nettement moins cher que le recours au CSSP de Ouessè, et cela bien que celui-ci n'ait pas augmenté ses prix après la dévaluation du FCFA, contrairement à celui-là. Le coût total d'un recours extérieur direct y est 1,9 fois moins cher qu'au CSSP pour les prestations médicales, 1,1 fois plus cher pour le transport et 1,7 fois moins cher pour les soins et le transport ensemble. Pour les seules prestations médicales ambulatoires, le coût moyen est deux fois plus élevé au CSSP qu'à l'hôpital Saint-Martin. Cette proportion diminue légèrement pour les seuls patients hospitalisés (1,8 fois).

Le nombre moyen de visites effectuées au CSSP de Ouessè avant la guérison ou avant de passer à un deuxième recours extérieur est lui aussi presque deux fois plus élevé qu'à l'hôpital Saint-Martin (2,6 contre 1,4 visites). L'écart des coûts moyens pour les soins se justifie donc partiellement en termes de prestations fournies, mais pas en termes de résultat, puisque nous ne traitons ici que d'épisodes achevés, presque toujours à la suite de ce premier recours extérieur. Au CSSP, il faut donc payer deux fois plus cher et se déranger presque deux fois plus souvent pour obtenir le même résultat qu'à l'hôpital Saint-Martin. Que signifie une telle différence, alors que les deux établissements ont pour politique de vendre dès la première visite les médicaments correspondant à un traitement complet? Faut-il y voir un indice d'une moindre efficacité thérapeutique du CSSP (diagnostics plus souvent erronés)? Ces coûts très inférieurs pour des résultats identiques – et même supérieurs comme nous le verrons dans la cinquième partie – constitue sans doute l'une des causes de la popularité de cet hôpital confessionnel, comme, semble-t-il, de tous les hôpitaux confessionnels du Bénin.

Les CCS sont les moins chers des services de santé formels, ce qui correspond d'ailleurs à leur statut hiérarchique. Les prestations médicales y coûtent en moyenne environ 2'000 FCFA, pour 2,3 visites, et le transport moins de 100 FCFA, pour un total de 2'100 FCFA. Le coût total médian est de 1'500 FCFA et celui du transport est nul. Presque 83 % des malades n'ont en fait rien payé pour leurs déplacements, ce qui confirme la fonction exclusivement communale, voire locale, des CCS. Ces coûts ne concernent que des consultations ambulatoires, les CCS ne pratiquant pas l'hospitalisation. Utiliser un CCS comme premier recours extérieur revient donc en moyenne 1,5 fois moins cher que d'effectuer une consultation ambulatoire au CSSP de Ouessè. La proportion reste quasi inchangée lorsque l'on ne considère que les prestations médicales.

Le coût moyen total aux CCS est par contre 1,1 fois plus élevé qu'à l'hôpital Saint-Martin, si l'on n'y comptabilise que les consultations ambulatoires. La proportion est même de presque 1,4 pour les seules prestations médicales. Ainsi, l'utilisation des services de santé situés au bas de la hiérarchie sanitaire formelle revient plus cher que le recours au service occupant, selon la perception de la population du moins, le sommet de la pyramide sanitaire régionale. Ce constat général n'est toutefois pas valable pour les patients habitant loin de l'hôpital Saint-Martin: l'avantage procuré par le prix relativement bas des prestations médicales est alors largement annulé, voire inversé, par le coût du transport. Si, pour notre échantillon, le coût total moyen est

de peu plus bas à l'hôpital Saint-Martin que dans les CCS, c'est en effet parce qu'il est surtout utilisé, comme tous les services de santé, par les malades les plus proches.

Le coût moyen des prestations médicales varie de plus sensiblement d'un CCS à l'autre. Il est minimal au dispensaire de Tosso relevant du CCS de Gbanlin (1'483 FCFA, moyenne calculée sur 19 cas) et maximal à la maternité de Gbanlin (2'266 FCFA, 33 cas) et au CCS de Djegbé (2'295 FCFA, 18 cas). Le CCS de Kilibo occupe une position intermédiaire (1'864 FCFA, 30 cas). Le nombre de cas n'est pas suffisant pour calculer un coût moyen dans les autres CCS. Les deux CCS les plus coûteux facturent donc leurs prestations 1,5 fois plus cher que le dispensaire le meilleur marché, soit une différence d'environ 800 FCFA, soit encore environ le salaire quotidien d'un manoeuvre agricole travaillant bien ou deux salaires quotidiens d'une manoeuvre.

Il y a une forte corrélation positive ($r = 0,79$) entre le coût moyen des prestations médicales pour un épisode de maladie et le nombre moyen de visites par épisode effectuées dans chacun des CCS. Ce dernier est minimal aux dispensaires de Tosso et de Kilibo (1,9 visite) et maximal au CCS de Djegbé (2,8 visites), en passant par 2,3 visites à la maternité de Gbanlin. Pour un même épisode de maladie, la consultation n'est facturée (100 FCFA) que lors de la première visite. Ensuite, seuls les médicaments, soit l'essentiel des coûts médicaux, sont facturés. Il est donc normal que le coût moyen par épisode des prestations médicales tende à augmenter avec le nombre de visites. Mais les variations du nombre de visites n'expliquent pas à elles seules celles du coût moyen par épisode des prestations médicales.

Le service de santé public de base le moins cher tout comme le plus cher (avec le CCS de Djegbé) relèvent tous deux du même CCS. Il s'agit du dispensaire de Tosso et, à 2 kilomètres, de la maternité de Gbanlin, qui dispense aussi depuis fin 1993 des soins curatifs. L'analyse des aires d'attraction des services de santé montrera (cf. partie III, chap. 2) qu'une importante minorité des habitants de Gbanlin vont encore au dispensaire de Tosso, alors que l'inverse est très rare. On retrouve d'ailleurs ce phénomène à travers l'enquête domiciliaire: près du quart des malades de Gbanlin qui ont fréquenté leur CCS (premiers recours extérieurs directs ou après automédication, pour des épisodes de maladie finis ou non) ont préféré aller au dispensaire de Tosso plutôt qu'à la maternité de Gbanlin. Même si d'autres facteurs, que nous discuterons plus loin, sont peut-être en cause, l'accessibilité économique des soins paraît influencer ces choix.

Pour les UVS et les services de santé modernes privés le coût total du recours est confondu avec celui des prestations médicales, puisque les frais de transport sont toujours nuls. Le coût moyen du recours à une UVS (1,6 visite par épisode en moyenne) est de 1'427 FCFA. C'est la source de soins (de médicaments seulement dans certains cas!) la meilleure marché. Cependant, au vu du nombre limité de visites, de la très faible qualification des secouristes, du prix officiel modique de la consultation et de l'assortiment (officiel) de médicaments essentiels très restreint, comportant surtout des produits bon marché comme l'aspirine et la chloroquine, ce coût paraît étonnamment élevé. Les prestations médicales coûtent en effet presque aussi cher dans une UVS qu'à l'hôpital Saint-Martin, du moins selon les personnes interrogées sur des cas concrets de prise en charge! Ici encore, le coût moyen cache sans doute diverses situations. Le nombre de cas est trop limité pour analyser les coûts par UVS. Deux tendances se dégagent toutefois, traduites par le grand écart entre le coût moyen et le coût médian (1'427 FCFA contre seulement 400 FCFA). D'une part, les UVS d'Akpéro et d'Attata (5 cas au total) pratiquent des prix modérés (410 FCFA en moyenne), d'autre part, celle d'Idadjo (6 cas) pratique des prix très élevés (2'275 FCFA). Cette UVS dessert le village le plus éloigné de tout service. De plus, son secouriste tend, comme d'autres, à devenir un simple commerçant de médicaments, plus forcément fournis par la voie officielle, et à ne plus guère consulter avant de les délivrer. On tend donc à Idadjo à une "privatisation" de l'UVS.

En cas de recours extérieur direct, le coût moyen des consultations chez un privé (pas d'hospitalisation possible) est de 1'724 FCFA, pour 1,7 visite en moyenne (cf. Tableau 34). Ce coût est presque 1,2 fois plus élevé que celui des prestations médicales ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin. Il est par contre presque 1,2 et 1,7 fois moins élevé que les prestations médicales ambulatoires offertes respectivement par les CCS et le CSSP de Ouessè. De plus, les déplacements pour consulter les privés sont toujours gratuits, alors que leurs coûts augmentent avec le niveau hiérarchique des services de santé formels. Outre la possibilité de consultation à domicile et une plus grande souplesse dans le mode de paiement et les horaires, les privés offrent donc encore l'avantage d'une meilleure accessibilité économique que les services de santé publics. Leurs compétences sont par contre très diverses, mais pas forcément proportionnelles aux prix pratiqués, puisque le meilleur d'entre eux est le moins cher (836 FCFA en moyenne pour six cas).

Nous avons émis l'hypothèse qu'un premier recours extérieur effectué après une période d'automédication revient moins cher qu'un recours extérieur direct. C'est effectivement le cas, puisque le coût moyen des prestations médicales est de 2'508 FCFA pour un premier recours extérieur après automédication, contre 3'368 FCFA pour un premier recours extérieur direct (la médiane est par contre inchangée à 1'500 FCFA, cf. Tableau 34). Cela n'est toutefois pas vrai pour les coûts moyens du transport, puisqu'ils sont respectivement de 438 et 382 FCFA, pour une médiane inchangée à 0 FCFA. Par contre, le coût moyen total des premiers recours extérieurs indirects est effectivement inférieur – de presque 1,3 fois – à celui des premiers recours extérieurs directs (2'946 contre 3'739 FCFA).

Dans les grandes lignes, la conclusion reste la même lorsque l'on distingue les patients en traitement ambulatoire des patients hospitalisés. Plus de 13 % des premiers recours extérieurs directs ont débouché sur une hospitalisation, qui a coûté en moyenne pour les prestations médicales 12'853 FCFA, tous hôpitaux confondus. Plus de 18 % des premiers recours extérieurs après automédication (différence non significative selon le test du χ^2) ont donné lieu à une hospitalisation, dont le coût moyen pour les prestations médicales – 6'857 FCFA – est presque 1,9 fois inférieur à celui de la catégorie précédente. De même, le coût moyen du transport est plus de 2 fois plus élevé pour les premiers que pour les seconds. Il en résulte un coût total moyen de 14'821 FCFA pour ceux qui ont effectué un recours extérieur direct, contre 7'814 FCFA pour les autres. La gravité perçue des cas des uns et des autres est la même. Par contre, une partie des premiers sont allés dans des hôpitaux lointains et souvent fort coûteux, alors que les seconds sont tous restés au CSSP de Ouessè ou à l'hôpital Saint-Martin de Papané.

Pour les seuls consultations ambulatoires, le coût moyen des prestations médicales associées aux premiers recours directs est aussi supérieur, mais dans une moindre mesure (1,2 fois), au coût moyen des premiers recours extérieurs indirects (2'113 contre 1'707 FCFA). Le coût du transport pour ces derniers est par contre deux fois plus élevé. Au total, les premiers recours ambulatoires directs reviennent en moyenne un peu plus cher que les recours indirects (2'278 contre 2'049 FCFA), pour une gravité perçue des cas égale. Le nombre moyen de visites est par contre inférieur pour les recours indirects (1,5 contre 2,2), ce qui explique largement la différence de coût des prestations médicales, mais accentue en revanche celle des coûts unitaires du transport (en moyenne 224 FCFA par visite pour les recours indirects, contre 80 FCFA pour les recours directs). En fait, dans les deux cas de figure, environ 80 % des malades n'ont rien payé pour leurs déplacements. Le coût moyen par déplacement suggère tout de même que, parmi les malades qui ont des frais de transport, ceux qui ont déjà tenté de se soigner en automédication vont chercher plus loin un premier recours extérieur que les autres. Tout se passe comme si, confrontés à l'échec d'un premier traitement, une (petite) partie de malades préfèrent aller directement dans un service de santé de niveau intermédiaire, alors que l'on se contente plus volontiers d'un service de base pour un premier traitement (direct).

Par service de santé, on constate (cf. Tableau 34) que les coûts moyens des prestations médicales, du transport et du total sont plus élevés pour un recours direct au CSSP de Ouessè et aux CCS que pour un recours indirect, alors que c'est l'inverse pour l'hôpital Saint-Martin (mais seulement six cas indirects dans cet établissement).

En définitive, la pratique de l'automédication avant un premier recours extérieur tend bien à sensiblement diminuer les coûts moyens de ce dernier. Pour les consultations ambulatoires, cette diminution correspond à la baisse du nombre moyen de visites lorsque le premier recours extérieur suit l'automédication. Pour les hospitalisations, elle s'explique par un espace médical bien plus restreint des malades ayant commencé à se soigner par l'automédication. Encore faudrait-il pouvoir expliquer ces deux phénomènes. Nous pouvons tout au plus proposer deux hypothèses pour le premier.

Tout d'abord, la plupart des maladies guérissent d'elles-mêmes. Un traitement adéquat permet toutefois d'en limiter la durée, les symptômes et les complications. Or les malades qui s'adressent à un spécialiste de la santé après une phase d'automédication le font plus tardivement que si l'automédication n'avait pas eu lieu (cf. partie IV, chap. 3h). Si l'état de santé de certains malades a pu empirer entre-temps, d'autres cas de maladie ont évolué positivement. Une seule consultation chez un spécialiste suffit alors souvent à l'achèvement de l'épisode de maladie. La durée moyenne du traitement auprès d'un ou de plusieurs prestataires de soins successifs jusqu'à la guérison est plus courte s'il y a d'abord eu automédication (6,5 contre 7,8 jours), ce qui tend à appuyer cette hypothèse. Deuxièmement, il est peut-être plus facile à un spécialiste de la santé de poser un diagnostic lorsque le malade a tenté auparavant l'automédication, et donc attendu plus longtemps avant de consulter. D'une part certaines maladies sont plus caractéristiques quelques jours après les premiers symptômes, d'autre part, l'agent de santé peut s'aider dans son diagnostic de l'autodiagnostic du patient et de l'effet des remèdes pris en automédication (si celle-ci comporte des médicaments modernes, les agents de santé modernes étant peu aptes à évaluer la pertinence d'un traitement traditionnel).

Coût moyen de l'hospitalisation

Nous avons déjà distingué plus haut les hospitalisations des consultations ambulatoires. Nous aimerions revenir ici très rapidement sur le seul coût moyen des hospitalisations, mais en nous appuyant cette fois sur une base statistique plus large. Nous considérerons ici tous les cas d'hospitalisation (64 cas), que l'épisode soit terminé ou non et quelle que soit l'étape de l'itinéraire thérapeutique pendant laquelle elle intervient.

Le coût moyen des prestations médicales rattachées à une hospitalisation est alors d'environ 10'500 FCFA, pour un coût médian de 6'250 FCFA (cf. Tableau 35). Le coût moyen du transport atteint presque 2'000 FCFA en cas d'hospitalisation, pour une médiane deux fois moins élevée. Le coût total moyen d'un épisode hospitalier se monte donc à environ 12'500 FCFA, pour une médiane de 8'000 FCFA. Le transport constitue plus du cinquième de ce coût.

Les coûts moyens d'une hospitalisation varient fortement d'un type de services à l'autre. Les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture se caractérisent par les coûts moyens de loin les plus élevés, aussi bien pour les prestations médicales que pour le transport. Le coût total moyen atteint la somme, exorbitante pour qui n'a pas d'assurance, c'est-à-dire tout le monde ou presque en milieu rural, de 28'000 FCFA, soit 1,6 fois le SMIC (garanti aux employés du seul secteur formel, et encore). Avec un coût total moyen de presque 12'000 FCFA, l'hôpital de référence pour la sous-préfecture de Ouessè est déjà 2,2 fois moins cher que la moyenne pour les prestations médicales et 3 fois moins cher pour le transport. Hôpital officieux de référence, l'hôpital Saint-Martin de Papané est encore moins cher: environ 8'600 FCFA, y compris le

transport, mais avec une médiane un peu supérieure à celle du CSSP de Ouessè. Proportionnellement, c'est le service de santé qui enregistre de loin les coûts de transport les plus élevés. Ils y représentent en effet le quart du coût total moyen. Il arrive, tout à fait exceptionnellement parce qu'ils ne sont ni prévus ni équipés pour cela, que certains CCS pratiquent l'hospitalisation. Notre échantillon comporte deux cas de ce genre, avec un coût total moyen de 5'800 FCFA. Nous ne disposons que d'un seul exemple d'hospitalisation auprès d'un guérisseur traditionnel. Le coût des prestations y a été un peu plus élevé qu'à l'hôpital Saint-Martin.

Tableau 35 Coût moyen des hospitalisations en FCFA par type de services de santé, pour des épisodes de maladie achevés ou non, avec ou sans automédication ou autres recours préalables (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
CSSP de Ouessè	35	10421	5600	1526	400	11947	7200
Hôpital St-Martin	19	6516	5500	2126	1500	8642	7900
Autres hôpitaux	7	23437	18000	4571	5000	28009	23000
CCS	2	5500	5500	300	300	5800	5800
Guérisseur	1	7000	—	0	—	7000	—
Total	64	10478	6250	1975	1000	12453	8000

Coût moyen des premiers recours extérieurs directs par pathologie

Le coût moyen des prestations médicales liées aux premiers recours extérieurs directs pour des épisodes de maladie finis est fortement influencé par le diagnostic, tel que posé par le malade ou son entourage. Parmi les maladies étudiées, la dysenterie et la toux avec fièvre reviennent le moins cher (un peu moins de 2'000 FCFA), alors que les morsures de serpents et beaucoup plus encore les hernies coûtent le plus cher (respectivement près de 13'000 et plus de 34'000 FCFA). On mesure ici tout le poids de l'hospitalisation et des interventions chirurgicales sur les coûts moyens par pathologie. La plupart des victimes de morsures de serpents ont en effet été hospitalisées. Les cinq cas de hernie ont non seulement été hospitalisés, mais encore opérés. Les autres maladies généralement considérées comme très graves, "paludisme mâle", "attaque" et *manyen*, reviennent relativement cher (environ de 3'000 à 3'700 FCFA), alors que d'autres maladies plus bénignes, "paludisme femelle" et diarrhée, se situent en dessous de la moyenne (respectivement 2'550 et 2'450 FCFA).

Le coût moyen du transport varie lui aussi considérablement selon la pathologie: de 0 à environ 6'700 FCFA. A l'exception du *manyen*, qui n'a occasionné aucun déplacement payant, le coût moyen du transport tend à être d'autant plus élevé que les prestations médicales sont chères. Cela s'explique aisément: l'automédication, traitement de loin le meilleur marché, n'occasionne jamais de frais de transport; de plus, les recours extérieurs de loin les plus chers sont localisés hors de la sous-préfecture de Ouessè. Le transport pour les morsures de serpents et les hernies sont particulièrement chers parce que ces cas de maladie ont le plus souvent entraîné une hospitalisation, ce qui implique généralement un déplacement assez lointain, pour plusieurs personnes et parfois à de multiples reprises pour les accompagnants. De plus, la grande urgence de ces cas (une partie des hernies opérées sont étranglées) nécessite une réaction très rapide, impliquant souvent l'affrètement privé d'un taxi, solution très onéreuse.

Au total, les hernies reviennent à environ 41'000 FCFA (calculé sur seulement 5 cas, dont un particulièrement cher), soit 2,4 fois le SMIC dans la fonction publique, et les morsures de serpents à presque 15'000 FCFA. On comprend sans peine que nous ayons rencontré beaucoup de personnes, des hommes adultes surtout, souffrant de hernies depuis longtemps, qui souhaitaient se faire opérer mais n'en avaient pas les moyens. La situation peut devenir dramatique en cas de hernies étranglées. A l'autre extrémité, des maladies aussi communes que le "paludisme femelle", la diarrhée, la dysenterie ou la toux avec fièvre coûtent au total environ 2'000 à 2'800 FCFA pour le premier recours extérieur direct, ce qui reste fort cher au vu du pouvoir d'achat local.

Il existe d'importantes différences selon la pathologie entre le coût des prestations médicales pour les premiers recours extérieurs directs et celui de l'automédication. Paradoxalement, ce sont les pathologies parmi les meilleur marché en cas de recours extérieur, comme la toux avec fièvre et la diarrhée, qui reviennent le plus cher relativement à l'automédication. En effet, les recours extérieurs directs coûtent 6,8 fois (7,3 si l'on inclut le transport) plus cher que l'automédication pour la toux avec fièvre et 6,5 fois (7 fois) plus pour la diarrhée (cf. Tableau 33 et Tableau 36). Le "paludisme femelle" revient 5,4 fois plus cher (5,9 fois avec le transport). La différence est par contre moins importante pour les maladies au traitement plus cher, habituellement tenues pour très graves: "attaque" 3,4 fois (3,6 fois avec le transport) et "paludisme mâle" 4 fois (4,7 fois).

Coût moyen des premiers recours extérieurs selon leur gravité perçue

Comme pour l'automédication, le coût moyen des premiers recours extérieurs directs est fortement lié à la gravité perçue de l'épisode, sans qu'il soit possible d'établir clairement le sens de la causalité (cf. Tableau 37). Les prestations médicales des épisodes considérés comme très graves ont coûté en moyenne presque 6'300 FCFA pour le premier recours extérieur. Le coût moyen d'un épisode assez grave est deux fois moindre et celui d'un épisode peu ou pas grave encore presque deux fois moins cher. Pour ces derniers, la moitié des malades paient plus de 1'000 FCFA, alors que la médiane est d'environ 3'400 FCFA pour les épisodes très graves.

Tableau 36 Coût moyen en FCFA par pathologie des premiers recours extérieurs directs pour des épisodes finis (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Prestations médicales			Transport		Total	
	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
"Paludisme mâle"	19	3663	1800	642	0	4305	1900
"Paludisme femelle"	93	2551	1500	220	0	2772	1750
Diarrhée	52	2351	1500	201	0	2552	1500
Dysenterie	22	1892	1200	178	0	2070	1375
Toux et fièvre	67	1952	1350	169	0	2092	1375
"Attaque"	11	3393	1500	191	0	3584	1500
Manyan	7	3021	1700	0	0	3021	1700
Morsures serpents	10	12980	12000	1650	1350	14630	13600
Hernies	5	34300	40500	6740	7200	41040	47700
Total	291	3368	1500	382	0	3739	1725

N.B. Les diagnostics regroupant moins de 5 cas ne figurent pas dans le tableau.

La tendance est la même pour le coût moyen du transport, mais en plus prononcée encore. Pour les cas les plus légers, le coût moyen du transport n'est que de 123 FCFA, ce qui implique qu'une forte majorité des patients n'ont rien payé et que les autres ont peu dépensé. Cela suggère que ce sont les services de santé locaux ou les plus proches qui ont presque exclusivement été utilisés pour ces cas bénins. Le coût moyen du transport triple lorsque le cas devient assez grave et double encore lorsqu'il est considéré comme très grave, pour atteindre environ 800 FCFA. Mais quelle que soit la gravité perçue, plus de la moitié des patients ne paient rien pour le transport. Avec l'augmentation de la gravité perçue, la part du transport tend à augmenter par rapport au total des dépenses. Elle passe ainsi de 6,9 à 11,4 % entre les maladies peu ou pas graves et les maladies très graves. Le coût moyen total d'un premier recours extérieur direct double chaque fois que l'on augmente d'un niveau la gravité perçue.

Tableau 37 Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs directs pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Prestations médicales		Transport		Total	
	N	Moyenne Médiane	Moyenne Médiane		Moyenne Médiane	
Très grave	65	6292 3415	807 0		7099 3915	
Assez grave	130	3070 1500	369 0		3416 1625	
Peu ou pas grave	91	1658 1000	123 0		1781 1000	
Total	292	3368 1500	382 0		3739 1725	

Lorsque l'on compare le coût moyen de l'automédication à celui d'un premier recours extérieur direct en fonction de la gravité, on constate qu'elle est relativement d'autant moins chère que le cas est plus grave. Pour les cas peu ou pas graves, l'automédication revient en effet 5,6 fois moins cher qu'un recours extérieur, transport compris. Cette proportion grimpe à 6,8 pour les cas assez graves et à 7,2 pour les cas très graves. Cette accroissement plus rapide du coût moyen des recours extérieurs que de l'automédication avec l'augmentation de la gravité perçue du cas s'explique sans doute en partie par la plus forte proportion de malades hospitalisés parmi les cas assez et très graves (respectivement 10,8 et 27,7 %) que parmi les cas pas ou peu graves (1,1 %). Or passer d'un traitement extérieur ambulatoire à une hospitalisation revient à franchir un seuil au-delà duquel les prix ne sont plus du tout comparables, seuil qui n'a pas d'équivalent pour l'automédication¹.

Le fait d'avoir pratiqué l'automédication avant le premier recours extérieur ne modifie que peu l'intensité de l'augmentation des coûts en fonction de la gravité perçue (cf. Tableau 38). Par contre, le coût moyen des prestations médicales et donc aussi le coût total moyen diminuent d'environ un cinquième à un tiers selon la gravité, par rapport au coût des premiers recours extérieurs directs.

Tableau 38 Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs après automédication pour des épisodes finis, selon la gravité perçue de la maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

¹ A un niveau de prix bien moindre, le passage des remèdes traditionnels aux médicaments modernes constitue bien un seuil significatif dans le coût de l'automédication. Mais la tendance est plutôt de surtout utiliser les médicaments modernes pour les cas les plus légers (cf. quatrième partie).

	Prestations médicales			Transport		Total	
	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Très grave	14	4021	2450	793	0	4814	3250
Assez grave	19	2247	1500	453	0	2700	1500
Peu ou pas grave	12	1156	775	0	0	1156	775
Total	45	2508	1500	438	0	2946	1500

Coût moyen des premiers recours extérieurs directs selon leur durée

Le coût total moyen des premiers recours extérieurs sans automédication préalable pour des épisodes finis augmente régulièrement avec l'allongement de l'épisode (cf. Tableau 39). Cela est aussi vrai pour les prestations médicales que pour le transport. Le coût moyen des prestations médicales s'élève à plus de 1'000 FCFA pour un épisode d'une durée d'un à quatre jours. Il double ensuite pour un épisode de cinq à sept jours. La progression du coût avec l'allongement de l'épisode ralentit ensuite fortement, à l'exception des quelques cas qui ont duré plus d'un mois, pour lesquels les coûts bondissent à plus de 25'000 FCFA.

Presque nul pour les épisodes les plus brefs, le coût du transport augmente ensuite sensiblement, pour se stabiliser autour de 400 FCFA au-delà d'une semaine. Mais la médiane reste nulle pour tous les épisodes d'une durée inférieure à un mois. Tout comme pour les prestations médicales, le coût du transport bondit pour les épisodes ayant duré plus d'un mois, bien que les coûts demandés lors de l'enquête domiciliaire ne concernaient que les dépenses consenties durant le mois écoulé¹, même si l'épisode avait commencé plus tôt. Il n'est d'ailleurs pas certain que cette restriction ait toujours été comprise.

Le coût total moyen est d'environ 1'100 FCFA pour les épisodes d'une durée de 1 à 4 jours. Il augmente ensuite chaque fois d'environ 1'000 FCFA lorsque la durée passe à 5 à 7 jours, puis à 8 à 14 jours et enfin à 15 à 21 jours. Il n'augmente ensuite que d'environ 300 FCFA pour une semaine supplémentaire, avant d'être multiplié par 6,6 pour les épisodes ayant duré plus d'un mois.

Bien que durée de l'épisode et durée du traitement auprès du premier recours extérieur direct ne soient pas confondus, puisque le traitement ne commence généralement pas dès le constat des premiers symptômes et qu'une minorité de ces épisodes finis avaient nécessité un deuxième voire un troisième recours extérieur, l'augmentation de la durée du traitement auprès du premier recours extérieur tend à suivre celle de l'épisode. Il en résulte un accroissement de la consommation médicale, qui se traduit par un nombre croissant de visites auprès du premier recours extérieur (de 1,5 visites pour les épisodes d'un à quatre jours à 2,9 visites pour ceux de deux à trois semaines) et par l'augmentation de la probabilité d'être hospitalisé (de 2,8 % lorsque l'épisode dure moins de cinq jours à 87,5 % quand il dépasse un mois, pour une moyenne de 11 %).

Tableau 39 Coût moyen en FCFA selon la durée de l'épisode des premiers recours extérieurs (hospitalisation comprise) sans automédication préalable pour des épisodes finis (source: enquête domiciliaire, 1995).

¹ Sauf pour les morsures de serpents et les hernies, pour lesquels nous avons étudié les épisodes survenus dans l'année écoulée. Pour les morsures de serpents, les coûts étudiés sont ceux de l'épisode, qui dure généralement moins d'un mois. Pour les hernies, les coûts pris en compte sont en principe ceux de l'opération, s'il y en a eu une, ou ceux du traitement palliatif durant le mois écoulé, dans le cas contraire.

	Prestations médicales			Transport		Total	
	N	Moyenn e	Médiane	Moyenn e	Médiane	Moyenn e	Médiane
1 à 4 jours	36	1069	1000	58	0	1127	1000
5 à 7 jours	95	2113	1175	129	0	2242	1200
8 à 14 jours	90	2939	1815	368	0	3275	2125
15 à 21 jours	39	3672	2200	485	0	4156	2500
22 à 30 jours	20	4136	2500	355	0	4491	2625
Plus de 30 jours	8	25275	22000	4338	4650	29613	2600
Total	292	3368	1500	382	0	3739	1725

Nous avons vu que le coût moyen d'un premier recours – quelle que soit sa durée, son résultat et l'éventuelle suite qui lui est donné – est beaucoup moins élevé s'il s'agit d'automédication plutôt que d'un recours extérieur. Cela reste vrai quelle que soit la durée de l'épisode fini. Les variations de coûts relatifs sont cependant importantes en fonction de la longueur de la maladie. Pour les épisodes les plus brefs, inférieurs à cinq jours, l'automédication revient 4,1 fois moins cher qu'un recours extérieur, transport compris. Le rapport est d'environ 1 à 7 pour les épisodes de cinq à sept jours et d'une à deux semaines. Il diminue par la suite: 1 à 5,5 pour les épisodes de deux à trois semaines et 1 à 2,6 pour ceux de trois à quatre semaines. En termes relatifs, l'automédication semble donc particulièrement avantageuse pour les épisodes d'une durée moyenne.

Coût moyen des premiers recours extérieurs selon le domicile des malades

La désagrégation des premiers recours extérieurs pour des épisodes finis selon la provenance des malades (13 villages) tend à diminuer radicalement les effectifs de chaque catégorie. Afin de limiter cette diminution, nous étudierons ici le coût moyen de tous les premiers recours extérieurs, avec ou sans automédication préalable. Notre propos est d'étudier si, en plus des variations par village dans la fréquence d'utilisation des services de santé que nous analyserons dans les troisième et quatrième parties de cette thèse, il existe encore des différences intervillageoises dans le coût moyen des premiers recours extérieurs. Notre hypothèse est que la proximité pèse lourdement dans le choix d'un recours extérieur. Le coût moyen du transport devrait être d'autant plus faible qu'un village est situé près d'un service de santé. Le coût des prestations médicales devrait quant à lui largement dépendre du niveau du service le plus proche (CSSP de Ouessè, CCS ou hôpital Saint-Martin), puisque nous avons vu que le coût moyen des soins dans ces établissements varie fortement. Comme le coût du transport ne représente environ que 10 % du coût total moyen des premiers recours extérieurs, ce dernier sera fortement influencé par le coût moyen des prestations, et donc par le type de services de santé le plus proche.

Le coût moyen des prestations médicales est nettement plus élevé pour les patients de l'ouest de la sous-préfecture que pour ceux de l'Est (cf. Tableau 40). Les premiers paient en moyenne pour l'ensemble de leurs premiers recours extérieurs presque 3'700 FCFA, contre environ 2'300 FCFA pour les seconds, soit 1,6 fois plus. L'écart relatif entre les médianes (respectivement 1'800 et 1'150 FCFA) est le même. De même, le coût du transport est presque deux fois plus élevé pour les patients de l'Ouest (460 FCFA) que pour ceux de l'Est (240 FCFA). Pour les deux régions le coût médian est toutefois nul. Le coût total moyen se monte à 4'150 FCFA à l'Ouest, contre 2'537 FCFA à l'Est, soit environ 1,6 fois moins.

Les patients de l'Est utilisent essentiellement les CCS locaux et l'hôpital Saint-Martin, mais jamais le CSSP; ceux de l'Ouest le CSSP et les CCS locaux et rarement l'hôpital Saint-Martin. Or nous avons vu que, selon les dires des patients, le CSSP est bien plus cher que l'hôpital Saint-Martin. De plus, le maigre flux de patients de l'Ouest allant à l'Est, vers l'hôpital Saint-Martin, – alors que le flux inverse n'existe pas – contribue à la différence de coût moyen du transport entre les deux régions.

Le coût moyen des prestations médicales varie beaucoup d'un village à l'autre. L'écart entre les extrêmes est énorme: environ 1'500 FCFA à Akpéro contre plus de 8'200 FCFA à Idadjo, soit 5,5 fois plus (cf. Tableau 40). Ce dernier village se détache particulièrement beaucoup des autres, puisque pour les patients d'Adougou, deuxième village enregistrant les coûts les plus élevés, les prestations médicales sont déjà presque deux fois moins chères. La médiane varie entre 1'000 FCFA à Odo Akaba et 4'000 FCFA à Idadjo. D'une provenance à l'autre, le coût moyen du transport fluctue encore plus en termes relatifs, bien que l'écart absolu soit moindre. Il se monte à 0 FCFA pour les patients de Gbaffo et de Gbédé, et dépasse 1'400 FCFA pour ceux d'Idadjo, qui cumulent les coûts moyens maximums pour les prestations médicales et le transport. A l'exception d'Idadjo et d'Akpéro, la médiane est toujours nulle, ce qui est un bon indice d'utilisation de ressources sanitaires peu éloignées. Le coût total moyen est minimal à Gbédé (1'650 FCFA) et maximal à Idadjo (9'650 FCFA), soit 5,8 fois plus. Les coûts totaux médians vont de 1'000 FCFA à Odo Akaba à 5'000 FCFA à Idadjo.

Connaissant par ailleurs où sont allés se faire soigner les patients issus de chaque village, il nous est possible d'effectuer une lecture de ces variations en termes de coûts moyens par service de santé et de proximité de ces services. Les deux seuls malades de Gbédé qui ont consulté, pour un coût moyen de 1'650 FCFA, sont allés à pied au CCS de leur commune, c'est-à-dire dans le type de services de santé formels le moins cher en moyenne. La plupart des consultants d'Akpéro (coût moyen de 1'820 FCFA) sont aussi allés dans un CCS, à moto ou en taxi. Un bon tiers sont allés à l'UVS locale, très bon marché, à l'hôpital Saint-Martin, aux prestations médicales un peu plus chères que celles des CCS, et chez un privé. Il s'agit là d'une combinaison de recours pratiquant des prix bas à modérés. Comme Akpéro ne dispose que d'une UVS peu utilisée, le coût moyen du transport y est relativement élevé par rapport à celui des autres villages de l'Est. Ce coût pèse cependant très peu dans le coût global des recours extérieurs, quel que soit le village d'ailleurs.

Les consultants d'Attata (coût moyen de 1'985 FCFA) sont essentiellement allés à pied ou à vélo au CSSP voisin (3 kilomètres), où ils ont dépensé étonnamment peu au regard des coûts moyens enregistrés dans cet établissement, le plus cher de la sous-préfecture rappelons-le. Cela s'explique par un facteur tout à fait indépendant du domicile des patients: aucun habitant d'Attata n'a été hospitalisé au CSSP. Les consultants de Toui PK et d'Odo Akaba, deux villages de la commune de Toui, vont essentiellement à l'hôpital Saint-Martin. Il ne faut donc pas s'étonner si les indices des coûts des prestations médicales y soit quasi identiques. Il est toutefois à première vue paradoxal que les coûts des moyens de transport y soit aussi égaux, puisque Toui PK est deux à trois fois plus loin de l'hôpital qu'Odo Akaba. En fait beaucoup de malades de Toui PK sont emmenés à l'hôpital avec la moto du ménage. Le coût du déplacement est alors souvent considéré comme nul puisqu'il n'y a pas sortie d'argent directe. De plus une minorité de consultants ont bénéficié du passage à Toui PK d'un infirmier itinérant. La plupart des consultants d'Odo Akaba se sont rendus à pied ou à vélo à l'hôpital Saint-Martin, d'où un coût moyen du transport également très bas.

Tableau 40 Coût moyen en FCFA des premiers recours extérieurs après automédication ou non par village, pour des épisodes de maladie achevés (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Prestations médicales			Transport		Total	
	N	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Idadjo	21	8233	4000	1410	500	9643	5000
Wokpa	30	2326	1375	903	0	3229	1775
Gbanlin	50	3601	1500	500	0	4101	1975
Djegbé	25	2561	1150	164	0	2725	1150
Attannondoho	41	3513	2500	300	0	3813	2500
Adougou	34	4476	2725	132	0	4608	2725
Gbaffo	11	2818	1400	0	0	2818	1400
Attata	17	1821	1200	165	0	1985	1200
Gbédé	2	1650	1650	0	0	1650	1650
Kilibo	24	3842	1425	265	0	4107	1425
Akpéro	27	1506	1175	370	300	1820	1600
Toui PK	29	2047	1200	179	0	2226	1500
Odo Akaba	26	2077	1000	169	0	2246	1000
Total Ouest	229	3690	1800	460	0	4150	2150
Total Est	108	2318	1150	240	0	2537	1338
Total	337	3253	1500	390	0	3633	1700

Les consultants de Djegbé (coût moyen de 2'725 FCFA) sont essentiellement allés au CCS local et beaucoup plus rarement chez des privés locaux ou au CSSP de Ouessè. Le coût moyen des prestations médicales et du transport y reste donc relativement modéré. Les consultants du village *peul* de Gbaffo, en périphérie de l'agglomération de Ouessè, sont surtout allés, à pied, au CSSP de Ouessè. Beaucoup plus rarement, ils ont reçu un privé à domicile. Il en résulte que le coût moyen du transport est nul. Celui des prestations médicale y est nettement moins élevé que le coût moyen pratiqué par le CSSP. Cela est largement dû à l'absence d'hospitalisation. Les consultants de Wokpa (coût moyen de 3'229 FCFA) vont surtout dans le CCS de leur commune, que ce soit au dispensaire de Tosso, à 5 kilomètres, ou à la maternité de Gbanlin, à 7 kilomètres. Mais plus d'un quart d'entre eux sont aussi allés au CSSP de Ouessè, à 15 kilomètres, ce qui augmente à la fois le coût des prestations médicales et du transport.

Le coût moyen des premiers recours est supérieur à la moyenne pour la sous-préfecture dans les cinq derniers villages. Il en est proche à Attannondoho (coût moyen de 3'813 FCFA), où les consultants vont presque tous au CSSP de Ouessè, dans l'agglomération, en utilisant une moto et plus rarement en y allant à pied. Le coût moyen du transport n'y est donc pas négligeable au vu de la distance (300 FCFA pour moins de 2 kilomètres), mais le coût moyen des prestations reste sensiblement inférieur au prix moyen pratiqué par le CSSP. Kilibo est le seul village de l'Est où les consultants paient plus que la moyenne des consultants de la sous-préfecture (coût moyen de 4'107 FCFA), mais tout de même à peine autant que la moyenne des consultants de l'Ouest (4'150 FCFA). Les consultants de Kilibo utilisent essentiellement leur CCS, beaucoup plus rarement les services d'un infirmier privé et exceptionnellement l'hôpital Saint-Martin. Tous ces services étant relativement bon marché, comment expliquer un coût moyen plus élevé que la moyenne? Il résulte uniquement du surcoût engendré par un patient qui a payé exceptionnellement cher pour une opération à l'extérieur de la sous-préfecture. Si l'on omet ce cas, Kilibo se retrouve tout à fait dans la moyenne des villages de l'Est: coût moyen des

prestations médicales de 1'835 FCFA, du transport de seulement 43 FCFA, pour un total de 1'878 FCFA.

La plupart des consultants de Gbanlin restent dans leur CCS, que ce soit à la maternité de Gbanlin ou au dispensaire voisin de Tosso. Mais un quart d'entre eux se répartissent équitablement entre le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin, ce qui explique le coût moyen assez élevé des prestations médicales et du transport. Les consultants d'Adougou (coût moyen de 4'608 FCFA) vont quasiment tous au CSSP, qu'abrite leur village. Un seul d'entre eux est allé à l'hôpital Saint-Martin. Il explique à lui seul que le coût moyen du transport ne soit pas nul. Le coût moyen des prestations est élevé, puisque les patients utilisent quasi exclusivement un service de santé cher. L'avantage procuré par la proximité (grande accessibilité, pas de coûts de transport) est ici contrebalancé par les prix pratiqués.

Les patients d'Idadjo paient en moyenne considérablement plus que les autres pour les premiers recours extérieurs (coût moyen de 9'643 FCFA). Il s'agit du village le plus éloigné des services de santé: 17 kilomètres pour leur CCS, 27 kilomètres pour le CSSP de Ouessè et 71 kilomètres pour l'hôpital Saint-Martin. Isolé sur une piste en cul-de-sac, le village n'est de plus pas desservi par les taxis et ne dispose pas de véhicules à quatre roues. L'UVS locale pratique de plus des prix prohibitifs pour un service de santé de ce type. Lorsque les malades d'Idadjo consultent un spécialiste de la santé, ils vont principalement au CSSP, parfois à l'UVS, rarement au CCS de Gbanlin et exceptionnellement dans un autre hôpital que le CSSP de Ouessè. Le coût moyen élevé du transport s'explique par la distance, celui des prestations médicales par la proportion très élevée de patients hospitalisés: des 12 patients qui ont visité un hôpital, 8 ont y ont été admis.

Au regard du coût des recours extérieurs, il n'est donc pas du tout indifférent d'habiter un village plutôt qu'un autre. La proximité, ou mieux la disponibilité locale, d'un service de santé joue un grand rôle dans cette géographie des coûts, tout comme le type du services de santé le plus proche et les prix moyens qu'il pratique. Le coût moyen du transport tend à augmenter avec l'éloignement du service de santé le plus proche ($r = 0,6$). En moyenne, le coût du transport n'entre que pour une petite part (10,7 %) dans le coût total des premiers recours. Bien que le coût moyen du transport soit presque deux fois moins élevé à l'Est qu'à l'Ouest, cette part ne varie presque pas entre les deux régions (9,5 % pour l'Est contre 11,1 % pour l'Ouest). Les variations d'un village à l'autre sont par contre considérables, puisque le transport représente 0 % du coût total moyen à Gbaffo et à Gbédé, mais 12,2 % à Gbanlin, 14,6 % à Idadjo, 23,3 % à Akpéro et 28 % à Wokpa. Ces trois derniers villages sont dépourvus de services de santé formels, à l'exception d'UVS à Idadjo et Akpéro. En termes purement financiers, la proximité d'un service de santé peut se révéler contre-productive, si ce service est particulièrement cher, comme le CSSP de Ouessè. Elle incite en effet à l'utiliser plutôt qu'un autre service, alors que le coût total du recours à un service plus éloigné serait plus avantageux. La proximité d'un CCS tend par contre à la fois à minimiser le coût des prestations médicales et celui du transport. Mais lorsque le service de santé formel le plus proche est un CCS et que celui-ci est déjà éloigné (environ 5 kilomètres et plus), on observe une tendance à le délaisser au profit d'un service plus lointain, mais d'un niveau hiérarchique supérieur. Le coût du transport comme celui des prestations s'en ressent alors fortement.

En plus du type du services de santé le plus proche et de son accessibilité, deux autres facteurs, a priori indépendants de la localisation, expliquent les grandes variations de coûts moyens observées d'un village à l'autre:

- la proportion des recours débouchant sur une hospitalisation;
- la proportion par village des recours extérieurs à la sous-préfecture (les tout proches hôpital Saint-Martin de Papané et CSSP de Tchaourou exceptés).

En cas d'hospitalisation, les coûts moyens sont en effet sans commune mesure avec ceux d'un recours ambulatoire. Pour l'ensemble des patients hospitalisés, épisodes finis ou non et quel que soit le moment de l'hospitalisation dans l'itinéraire thérapeutique, nous avons vu que les prestations médicales reviennent à environ 10'500 FCFA et le transport à 2'000 FCFA, pour un total de 12'500 FCFA. En moyenne, les premiers recours extérieurs ambulatoires, pour des épisodes finis ou non avec ou sans automédication préalable, reviennent respectivement à "seulement" 2'150, 290 et 2'400 FCFA, soit 4,9, 6,8 et 5,1 fois moins cher. Les recours lointains coûtent eux aussi fort cher en moyenne (cf. "Autres hôpitaux" dans le Tableau 35). Cela s'explique par leur haut niveau hiérarchique moyen, relativement aux services de santé locaux, et par la longueur du trajet pour les atteindre. De plus, la plupart des recours lointains débouchent sur une hospitalisation, ce qui en accroît encore le coût, surtout si une intervention chirurgicale est pratiquée.

Il suffit donc que quelques malades d'un village aient été hospitalisés pour fortement tirer vers le haut le coût moyen des recours extérieurs de l'ensemble des patients du village, surtout si l'hospitalisation s'effectue à l'extérieur de la sous-préfecture. Nous avons déjà relevé le cas extrême de Kilibo, où un seul patient fait plus que doubler le coût moyen des premiers recours! Idadjo, village pour lequel les premiers recours extérieurs reviennent de loin le plus cher, enregistre aussi de loin le taux d'hospitalisation le plus élevé lors du premier recours extérieur (38,1 % contre 12,2 % en moyenne). D'une manière générale, l'impact de ces quelques cas très chers sur le coût moyen des premiers recours extérieur est important. Tous les villages avec les coûts moyens les plus bas n'ont enregistré ni hospitalisation ni recours très lointain.

Faut-il pour autant négliger ces quelques dizaines de cas dans le calcul des coûts de la santé? Nous ne le pensons pas. D'une part, ces dépenses exceptionnellement élevées existent réellement. D'autre part, elles ne sont pas forcément aussi aléatoirement distribuées dans l'espace qu'on pourrait l'imaginer a priori. Elles semblent en effet partiellement caractériser un type bien précis de villages, ce qui ressort mal de notre échantillon, trop limité dans le temps et l'espace. Comme nous le démontrerons plus loin (cf. partie IV, chap. 2b), le taux d'utilisation d'un hôpital donné tend à diminuer avec la distance, mais la proportion des patients ambulatoires qui y sont hospitalisés tend à augmenter avec elle. A l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons aussi observé que la proportion des patients allant dans un service de santé lointain augmente lorsque le service le plus proche n'est pas très proche. Les villageois très éloignés de tout service de santé tendent en effet à pratiquer l'automédication encore plus que les autres. Les recours extérieurs n'interviennent généralement que très tardivement, en cas d'échec de cette dernière. Il s'agit alors d'aller dans le service de santé le plus efficace possible, soit souvent un hôpital lointain, où, vu l'état du malade, la probabilité d'admission est élevée. Pour les seules consultations ambulatoires, on retrouve aussi cette tendance à payer d'autant plus, pour les prestations médicales, que l'on vient de loin. Le cas extrême est celui des habitants d'Idadjo, qui ont en moyenne payé 6'700 FCFA au CSSP de Ouessè, à 27 kilomètres, pour les premiers recours extérieurs directs ou non (épisodes finis), alors que l'ensemble des utilisateurs n'y ont payé que 2'850 FCFA.

Coût moyen d'un épisode fini de maladie

Jusqu'ici, nous ne nous sommes penché que sur le coût du début de l'itinéraire thérapeutique. Comme nous le verrons dans la troisième partie, l'itinéraire thérapeutique de la plupart des malades ne compte qu'une seule étape. Toutefois, une minorité d'entre eux ont effectué des itinéraires plus complexes comportant deux, rarement trois étapes ou plus. Nous posons l'hypothèse que la deuxième étape revient plus cher que la première et la troisième plus cher que la deuxième. La séquence classique des recours est en effet automédication, recours extérieur dans un service de base, recours extérieur dans un service de niveau intermédiaire plus

lointain (ou changement de type de recours extérieurs, c'est-à-dire recours à un guérisseur ou à une église thérapeutique; le coût est alors parfois inférieur à celui de l'étape précédente). Nous vérifierons cette hypothèse à partir des seuls épisodes de maladie finis pour ne prendre en compte que les traitements achevés. Puis, dans un deuxième temps, nous calculerons le coût moyen total des épisodes de maladie finis, c'est-à-dire le coût moyen de l'ensemble des étapes des itinéraires thérapeutiques. Ce coût sera finalement analysé en fonction de quelques caractéristiques des malades et de la maladie.

Coût moyen par étape de l'itinéraire thérapeutique et coût moyen total d'un épisode fini de maladie

Le coût moyen de la première étape de l'itinéraire thérapeutique pour un épisode fini de maladie est de 1'636 FCFA. Cette moyenne ne tient pas compte des 20 malades (2 %), guéris au moment de l'enquête, qui n'ont rien entrepris pour se soigner (cf. Tableau 41). La médiane est beaucoup moins élevée (500 CFA), ce qui s'explique largement par le recours massif à l'automédication, bon marché ou gratuite. Presque 90 % du coût moyen total est constitué par les prestations médicales (1'471 FCFA, médiane 500 FCFA), le reste par les frais de transport (164 FCFA, médiane 0 FCFA). Nous avons déjà vu que le coût moyen de la première étape est cependant beaucoup plus élevé (8,4 fois au total et 7,6 fois sans le transport) si le malade a consulté plutôt que pratiqué l'automédication.

Le coût moyen de la deuxième étape pour un épisode fini est beaucoup plus élevé que celui de la première étape (3'375 FCFA contre 1'636 FCFA, + 106 %). Cela est aussi bien vrai pour les seules prestations médicales (2'675 FCFA contre 1'471 FCFA, + 82 %), que pour les frais de transport (701 FCFA contre 164 FCFA, + 327 %). Cette différence considérable entre le coût moyen de la première et de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique est essentiellement due à la place prépondérante de l'automédication dans la première étape, alors qu'elle a disparu au profit des seuls recours extérieurs dans la deuxième étape.

Toute autre est la conclusion si nous comparons le coût moyen des deuxièmes étapes avec celui des seuls recours extérieurs effectués lors de la première étape. Ceux-ci sont 1,1 fois plus chers que celles-là, mais avec des écarts individuels plus prononcés. De plus, on relève une tendance divergente de structure des coûts entre les premiers recours directs et les deuxièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique: le transport pour ces dernières coûte 1,8 fois plus cher que pour les premiers, alors qu'à l'inverse les prestations médicales sont 1,3 fois moins chères pour la deuxième étape que pour un premier recours extérieur direct.

Au sein même de la deuxième étape, il faut distinguer deux cas de figure fort différents en termes de coûts moyens:

- le malade effectue un premier recours extérieur après automédication;
- le malade effectue un deuxième recours extérieur, après un premier recours extérieur (direct dans 13 cas sur 15).

Le premier cas de figure revient en moyenne beaucoup moins cher (2'946 FCFA contre 4'663 FCFA). Cela est aussi vrai pour les seules prestations médicales que pour le transport. Ces derniers sont en moyenne plus chers pour un deuxième recours extérieur que pour un premier recours extérieur après automédication, eux-mêmes plus chers que pour un premier recours extérieur direct. Les frais moyens de déplacement sont presque quatre fois plus élevés pour un deuxième recours extérieur que pour un premier recours extérieur direct. Pour les seules prestations médicales, un premier recours direct coûte en moyenne un peu plus cher qu'un deuxième recours extérieur, lui-même plus coûteux qu'un recours extérieur après automédication.

Tableau 41 Coût moyen en FCFA des épisodes de maladie finis en fonction de l'étape de l'itinéraire thérapeutique (source: enquête domiciliaire, 1995).

			Prestat. médic.		Transport		Total	
		N	moyenn e	médian e	moyenne médian e		moyenne médiane	
Première étape	Automédication	700	444	200	0	0	444	200
	Recours ext. direct	291	3368	1500	382	0	3739	1725
	Total	991	1471	500	164	0	1636	500
Deuxième étape	Rec. ext. après AM	45	2508	1500	438	0	2946	1500
	2 ^e rec. extérieur ¹	15	3173	2800	1490	500	4663	3800
	Total	60	2675	1500	701	0	3375	1988
Troisième étape	3 ^e rec. extérieur ²	3	2867	--	3100	--	5967	--

¹ Pour 2 de ces 15 cas, il s'agit en fait de la troisième étape car les recours ont été précédés d'automédication.

² Aucun de ces 3 cas n'a été précédé d'automédication.

Notre hypothèse n'est donc que partiellement confirmée. On assiste bien à une augmentation du coût moyen du transport avec la multiplication des étapes thérapeutiques, ce qui prouve que l'on recherche en général d'abord une solution de proximité au problème de santé, puis que l'on élargit progressivement son champ d'action en cas d'échec. Par contre, le coût moyen des seules prestations médicales n'augmente entre la première et la deuxième étape que si l'on prend en compte l'automédication. Pour les seuls recours extérieurs, on observe une tendance à la baisse du coût moyen entre la première et la troisième étape (très peu de cas!) de l'itinéraire thérapeutique. Cela est sans doute dû au fait que les deuxièmes et troisièmes recours extérieurs sont assez souvent des tradipraticiens ou l'hôpital Saint-Martin, dont les prix sont en moyenne inférieurs à ceux du CSSP de Ouessè, voire à ceux des CCS, largement utilisés comme premiers recours. Dans les dépenses moyennes occasionnées par un épisode de maladie, le transport pèse donc d'un poids rapidement croissant avec l'allongement de l'itinéraire thérapeutique: 0 % pour l'automédication, 10 % pour un premier recours extérieur direct, 15 % pour un premier recours extérieur après automédication, 32 % pour un deuxième recours extérieur et 52 % pour un troisième recours extérieur.

Le coût moyen d'un épisode fini de maladie se monte à 1'443 FCFA pour les seules prestations médicales et à 161 FCFA pour le transport, pour un total de 1'604 FCFA (cf. Tableau 42). Ainsi, le traitement d'une maladie aiguë jusqu'à la guérison revient en moyenne à 4 FS, somme qui n'a rien de dérisoire rapportée au pouvoir d'achat local. Elle constitue environ le dixième du SMIC offert par la fonction publique ou les entreprises formelles. Avec environ huit personnes par ménage et une prévalence mensuelle de 250 % pour les seules affections étudiées, chaque ménage enregistre en moyenne deux cas par mois, occasionnant une dépense de 3'200 FCFA, soit environ 8 FS.

Ces 1'443 FCFA dépensés pour les seules prestations médicales sont à rapprocher des 953 FCFA¹ dépensés en moyenne durant les 15 jours qui ont précédés l'enquête par 2'400 malades (UNICEF, 1991). Cette différence du coût moyen du traitement s'explique par:

¹ Presque 14 % de ces malades n'ont rien dépensé, 42 % ont dépensé moins de 500 FCFA, 13 % entre 500 et 1'000 FCFA,

- l'augmentation de certains prix liés à la dévaluation du FCFA;
- la prise en compte dans notre étude de toutes les dépenses liées à un épisode aigu fini, quelle que soit la durée du traitement, alors que l'étude rapportée par l'UNICEF se limite aux dépenses des 15 derniers jours, pour des épisodes achevés ou non;
- la limitation de notre étude à 13 affections écartant les symptômes et maladies bénins.

L'étude des coûts moyens de l'automédication et des premiers recours extérieurs pris séparément indiquait de fortes variations en fonction de différents facteurs liés aux malades et à la maladie. Voyons ce qu'il en est pour le coût moyen total des épisodes finis de maladie. Dans les tableaux suivants, nous avons inclus les quelques malades qui n'ont rien entrepris pour se soigner, contrairement à ce qui a été fait dans le Tableau 41. Bien que cela n'influence en fait quasiment pas les résultats, cette prise en compte de tous les malades reflète mieux, d'un point de vue théorique, la charge financière que constitue la santé pour la collectivité.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le sexe

Le sexe du malade n'influence que peu le coût total moyen d'un épisode de maladie (cf. Tableau 42). Le coût moyen total des prestations médicales est environ 14 % plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Les hommes paient par contre 10 % de moins que les femmes pour le seul transport. Au total, les dépenses par épisode sont de 168 FCFA plus élevées pour les hommes que pour les femmes, soit environ 11 % de plus. La part du transport par rapport au coût total moyen ne diffère que peu entre les sexes. Comme nous le verrons plus loin (cf. itinéraires thérapeutiques, partie III, chap. 3h), les femmes sont, pour les seuls premiers recours extérieurs, proportionnellement un peu plus nombreuses que les hommes à utiliser des taxis pour se rendre dans les services de santé. Or les autres modes de transport sont gratuits (marche, bicyclette) ou généralement meilleur marché (motos). Cette légère surutilisation des taxi par les femmes explique sans doute leurs dépenses de transport un peu supérieure.

Tableau 42 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le sexe (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Femmes	423	1335	88.6	171	11.4	1506	100.0
Hommes	588	1520	90.8	154	9.2	1674	100.0
Total	1011	1443	90.0	161	10.0	1604	100.0

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon l'âge

L'ensemble des prestations médicales d'un épisode fini de maladie revient en moyenne 57,5 % plus cher pour un adulte que pour un enfant. En valeur absolue, la différence est d'environ 650 FCFA (cf. Tableau 43). Au sein même des enfants et des adultes existent d'importantes différences selon la catégorie d'âge. Ainsi, parmi les enfants, ce sont les plus jeunes (moins d'un an) qui engendrent les coûts moyens les plus élevés (environ 1'300 FCFA). Ils chutent à 1'000 FCFA pour les enfants d'un à quatre ans, pour remonter à 1'200 FCFA pour ceux de cinq à quatorze ans. Pour les adultes, le coût moyen est identique pour les 15 à 40 ans et les 41 à 60 ans (environ 1'600 FCFA), puis double presque ensuite pour les malades âgés de plus de 60 ans (presque 3'100 FCFA).

Le coût total moyen du transport est deux fois plus élevé pour les adultes que pour les enfants (environ 200 contre 100 FCFA). Les déplacements reviennent environ 30 % plus cher pour les enfants d'un à quatorze ans que pour ceux de moins d'un an. Mais les coûts correspondants en valeurs absolues restent faibles, le transport ne représentant que 8,9 % du total des dépenses pour les enfants. Le coût moyen du transport pour les adultes augmente régulièrement avec l'âge, en valeurs absolues. Il est d'environ 180 FCFA pour les jeunes adultes, de 250 FCFA pour les adultes d'âge mûr et de 340 FCFA pour les vieillards. Mais la part du transport dans le coût total de l'épisode varie peu selon l'âge des adultes. Ici encore le coût relatif et absolu du transport plus élevé pour les adultes que pour les enfants résulte d'une surutilisation relative des taxis et des motocyclettes par les adultes (cf. itinéraires thérapeutiques dans la quatrième partie), ce qui suggère des déplacements plus longs de leur part (cf. troisième partie). Il est probable que cette surutilisation relative des moyens de déplacement motorisés augmente aussi avec l'âge des adultes.

Tableau 43 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon l'âge (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
< 1 an	66	1307	93.7	88	6.3	1395	100.0
1 à 4 ans	225	997	89.6	116	10.4	1112	100.0
5 à 14 ans	244	1216	91.4	114	8.6	1330	100.0
Total enfants	535	1135	91.1	111	8.9	1246	100.0
15 à 40 ans	305	1619	89.8	184	10.2	1803	100.0
41 à 60 ans	115	1626	86.7	249	13.3	1875	100.0
> 60 ans	54	3087	90.0	344	10.0	3431	100.0
Total adultes	474	1788	89.1	218	10.9	2006	100.0
Total général	1009	1442	89.9	162	10.1	1603	100.0

En définitive, le coût total moyen d'un épisode fini de maladie est d'environ 2'000 FCFA pour un adulte, soit 61 % de plus que pour un enfant (1'250 FCFA). Les écarts sont peu marqués entre les différentes catégories d'âge des enfants; ils le sont beaucoup plus entre les adultes de moins et de plus de 60 ans. La courbe des coûts en fonction de l'âge a une forme en "J", les coûts moyens étant minimaux pour les enfants d'un à quatre ans et maximaux (environ 3 fois plus élevés) pour les adultes de 60 ans.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le niveau économique des ménages

La combinaison de plusieurs indicateurs a permis de mesurer le niveau économique des ménages (cf. quatrième partie). L'ensemble des ménages dont au moins un membre a été malade durant le mois écoulé ont été répartis en cinq catégories (quintiles), selon leur niveau économique: dénuement, bas, moyen, élevé, très élevé.

Le coût total moyen des prestations médicales consommées augmente avec le niveau économique du ménage, mais seulement à partir du niveau économique élevé (cf. Tableau 44). Les trois catégories économiques les plus basses se situent en effet toutes autour de 1'200 FCFA. Le coût moyen des prestations médicales bondit ensuite à 1'700 FCFA pour les ménages d'un niveau économique élevé et à presque 2'200 FCFA pour ceux d'un niveau très

élevé. Entre les deux catégories extrêmes (dénuement et très élevé), le coût moyen des prestations médicales passe donc du simple au double. Le coût total moyen du transport reste par contre stable, quel que soit le niveau économique, à l'exception d'une sensible diminution pour le niveau très élevé. Il en résulte que la structure du coût total moyen selon le niveau économique reste très proche de celui des seules prestations médicales. La part du transport dans le coût total reste stable pour les trois premières catégories (environ 12 %), puis diminue fortement. Il n'atteint pas même 5 % du total pour les plus riches.

Tableau 44 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le niveau économique des ménages (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Dénuement	162	1187	88.2	159	11.8	1345	100.0
Bas	222	1084	87.2	160	12.8	1243	100.0
Moyen	198	1255	87.3	182	12.7	1436	100.0
Elevé	337	1714	91.1	168	8.9	1882	100.0
Très élevé	93	2161	95.6	100	4.4	2261	100.0
Total	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

Ce décalage entre l'augmentation du coût moyen des prestations médicales avec le niveau économique et la stagnation, voire la régression, du coût moyen du transport est pour le moins étonnant. Plusieurs causes peuvent expliquer le coût moyen élevé des prestations médicales: une forte proportion de recours extérieurs au détriment de l'automédication, le recours à des services de santé d'un niveau hiérarchique moyen à élevé à l'intérieur ou à l'extérieur de la sous-préfecture, la proportion d'hospitalisation et d'opérations chirurgicales lors des recours extérieurs. Les deux premières au moins tendent à augmenter la distance parcourue et, a priori, le coût du transport. Avançons toutefois une hypothèse: les malades les plus aisés possèdent plus souvent que les autres des voitures et des motos, ces deux types de véhicules entrant d'ailleurs dans les indicateurs permettant de calculer le niveau économique des ménages. Ils les utiliseraient largement pour leurs déplacements sanitaires, qui ne coûteraient alors "rien". Tout au plus certains d'entre eux ont indiqué le seul prix de l'essence correspondant au trajet. En plus de cette hypothèse, il convient de rappeler la corrélation spatiale observée entre richesse de la population et localisation des services de santé modernes. Habitant généralement près de ces derniers, la frange la plus aisée de la population y recourt davantage que la population plus modeste, au détriment d'une automédication meilleure marché. Cela explique largement l'augmentation du coût médical d'un épisode avec celle de l'aisance matérielle, sans pour autant entraîner une augmentation du coût des transports.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon l'appartenance ethnique des malades

L'appartenance ethnique est associée à de fortes variations du montant des dépenses pour un épisode fini de maladie, et cela aussi bien pour les prestations médicales que pour le transport (cf. Tableau 45). Cela suggère déjà que les comportements thérapeutiques et les services de santé utilisés diffèrent nettement selon le groupe ethnique. Pour les seules prestations médicales, ce sont les *Mahi* qui dépensent le plus, et de loin (presque 2'100 FCFA en moyenne). Ils sont suivis par les *Nagot* (environ 1'400 FCFA), puis par les immigrés de l'Atacora et par les "autres ethnies" (environ 1'000 FCFA chacun). Les *Peul* ferment la marche (plus de 800 FCFA). Ainsi, ce sont les deux ethnies autochtones, de loin les plus populeuses dans la sous-préfecture de

Ouessè, qui enregistrent les coûts les plus élevés (environ 1'700 FCFA pour les autochtones contre 1'000 FCFA pour les allochtones).

Le coût total moyen du transport fluctue aussi fortement selon l'appartenance ethnique. Ce sont à nouveau les *Mahi* qui dépensent le plus (environ 250 FCFA) et les *Peul* qui dépensent le moins (0 FCFA). Paradoxalement, les cinq villages *mahi* de l'échantillon disposent tous d'un service de santé public. Les "autres ethnies", qui dépensent relativement peu pour les prestations médicales, déboursent par contre beaucoup pour le transport; si bien que ceux-ci représentent plus de 14 % de leurs dépenses totales pour un épisode. Une bonne moitié de ces malades (les *Fon* de Wokpa et les fonctionnaires) ont encore de solides attaches dans leur région d'origine et une partie d'entre eux n'hésitent pas à y retourner en cas de maladie. Cela ne semble pas être le cas des immigrés de l'Atocora, également établis récemment, puisque leurs dépenses pour le transport sont négligeables (31 FCFA, soit 3 % du total pour un épisode). Les *Peul* de l'échantillon sont sédentarisés dans la sous-préfecture de Ouessè depuis plusieurs générations. Comme nous le verrons plus en détail dans la quatrième partie, ils ont surtout pratiqué l'automédication et les rares recours extérieurs ont impliqué le service de santé public voisin. En définitive, le coût total moyen d'un épisode varie de 830 FCFA pour les *Peul* à 2'310 FCFA pour les *Mahi*, soit dans un rapport de 1 à 2,8.

Tableau 45 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon l'ethnie des malades (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Mahi	304	2066	89.4	246	10.6	2312	100.0
Nagot	355	1376	90.4	146	9.6	1522	100.0
Peul	51	830	100.0	0	0.0	830	100.0
Atacora	100	1025	97.1	31	2.9	1056	100.0
Autres	202	982	85.6	165	14.4	1148	100.0
Total	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon la religion des malades

L'affiliation religieuse est elle aussi associée à d'importantes variations du coût total moyen d'un épisode fini de maladie (cf. Tableau 46). Ce qui traduit ici encore des comportements thérapeutiques partiellement différents selon la religion, comme nous le verrons dans la quatrième partie. Ce sont les membres des sectes chrétiennes qui dépensent le plus pour les prestations médicales: 5'200 FCFA lorsque la secte est d'origine américaine et 2'000 FCFA pour une origine africaine. Si l'on omet un cas particulièrement onéreux, le coût moyen pour les membres des sectes d'origine américaine est ramené à 3'000 FCFA. Suivent les adeptes de la religion traditionnelle (1'600 FCFA), les catholiques et les protestants, y compris les méthodistes (1'400 FCFA), les malades sans religion (1'000 FCFA) et finalement les musulmans (800 FCFA). Le coût moyen du transport varie aussi beaucoup selon la religion du malade. Il est de 440 FCFA pour un membre d'une secte chrétienne américaine. Il est cependant presque nul si l'on omet un cas exceptionnellement cher. Les musulmans et les malades sans religion ont très peu dépensé ou même rien dépensé pour le transport. Comme le coût moyen des prestations médicales est également relativement faible pour eux, il est probable qu'ils recourent plus que les autres à l'automédication. Même en omettant le cas exceptionnellement cher parmi

les membres des sectes chrétiennes d'origine américaine, le rapport du coût total moyen entre les religion extrêmes reste très élevé: 1 à 3,5.

Tableau 46 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon la religion des malades (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Religion traditionnelle	209	1633	87.1	242	12.9	1875	100.0
Cath. et protestants	480	1376	90.8	139	9.2	1515	100.0
Sectes chr. africaines	97	2037	87.6	289	12.4	2326	100.0
Sectes chr. américaines	17	5212	92.2	439	7.8	5652	100.0
Islam	187	800	93.6	55	6.4	855	100.0
Sans religion	22	1011	100.0	0	0.0	1011	100.0
Total	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon d'autres caractéristiques des ménages

Passons en revue plus rapidement le rôle joué par quelques autres caractéristiques du ménage des malades sur le coût moyen des prestations médicales et du transport pour un épisode fini de maladie. Le coût moyen des prestations médicales en fonction de la distance séparant le malade du service de santé formel le plus proche décrit une courbe en "U" très marquée. La proximité d'un service de santé incite à délaisser un peu plus souvent l'automédication en cas de maladie (cf. troisième et quatrième parties). Or un recours extérieur revient nettement plus cher que l'automédication. D'autre part, ceux qui habitent très loin d'un service de santé (ici 16 et 17 kilomètres) tendent à les utiliser rarement, mais souvent pour des cas très graves, car la prise en charge spécialisée a été très longtemps différée. Il en résulte un modèle de recours particulier dans ces villages: beaucoup d'automédication, mais aussi beaucoup d'hospitalisations, d'où un coût moyen des épisodes particulièrement élevé, malgré la faible proportion des recours extérieurs.

Paradoxalement, le coût moyen du transport est maximal dans le village le plus éloigné d'un service de santé formel... et dans les villages qui abritent un tel service (environ 230 FCFA dans les deux cas). Le coût moyen est le même pour un village à 5 kilomètres du service de santé le plus proche. Ailleurs, il varie entre 0 et 100 FCFA. Une petite partie des malades disposant localement d'un service de santé se rendent dans un autre service, généralement beaucoup plus lointain. Ce comportement se retrouve à Wokpa, village à 5 kilomètres du service le plus proche, et à Idadjo, village le plus éloigné d'un service de santé. Ce qui distingue ces deux villages des premiers, c'est que le déplacement au service le plus proche (CCS de Gbanlin) engendre déjà souvent des frais et que le service de substitution au CCS – le CSSP de Ouessè – n'est pas beaucoup plus éloigné (une dizaine de kilomètres). A Wokpa, le seul coût du transport constitue le cinquième du coût total d'un épisode, contre un dixième en moyenne pour les treize villages. Ailleurs, on se contente presque toujours de recourir au service de santé le plus proche, quand ce n'est pas à l'automédication, d'où des coûts moyens de transport extrêmement faibles.

Le niveau d'éducation du chef de ménage n'influence guère le coût total moyen d'un épisode fini de maladie. Conformément à notre hypothèse, ce coût est minimal lorsque le chef n'a aucune instruction formelle (1'500 FCFA). L'ensemble des scolarisés dépensent

1'900 FCFA par épisode. Mais ce niveau n'augmente pas avec le niveau scolaire. Ce sont même les ménages dont les chefs ont fréquenté le moins longtemps l'école qui dépensent le plus (2'200 FCFA). Comme nous le verrons dans la quatrième partie, tout le monde pratique l'automédication. Elle tend même à être proportionnellement plus fréquente parmi les ménages dont le chef est très éduqué. Il se peut qu'un niveau de formation supérieur induise une maîtrise accrue – perçue ou réelle – de l'automédication (moderne).

Un épisode fini revient en moyenne plus cher si le chef de ménage est fonctionnaire (environ 2'000 FCFA), que s'il est agriculteur ou artisan (environ 1'600 FCFA chacun) et plus encore que s'il est commerçant (environ 900 FCFA). Ces variations traduisent des comportements de recherche de soin différenciés de ces catégories professionnelles. Reposent-ils sur une capacité financière distincte, sur une attitude face à la santé et aux soins différente en fonction du niveau d'éducation, comme le suggèrent les coûts plus élevés pour les fonctionnaires? Il est difficile de répondre à cette question. Tout au plus peut-on constater que les ménages dotés d'un niveau économique élevé et très élevé dépensent beaucoup plus que les autres par épisode et que les malades issus d'un ménage de fonctionnaire ont un indice économique deux fois plus élevé que les autres malades. D'autre part, nous venons de voir que les chefs de ménages les plus éduqués dépensent à peine plus par cas de maladie que les chefs sans instruction formelle et même sensiblement moins que ceux qui ont suivi l'école durant quelques années. Ce serait donc plus la relative aisance des fonctionnaires que leur niveau d'instruction supérieur à la moyenne qui les conduirait à dépenser plus que les autres par épisode de maladie.

D'autres facteurs pourraient aussi intervenir. Il se peut par exemple que les très faibles dépenses de santé enregistrées dans les ménages des commerçants résultent en partie de l'absence fréquente du chef de famille, ce qui pourrait entraîner une baisse des recours extérieurs (manque de liquidité dans le ménage, réticence de l'épouse à prendre des décisions importantes engendrant de surcroît des dépenses que le mari doit, en principe assumer). Mais si l'absence du mari constitue indéniablement un frein à la fréquentation des services de santé dans certains ménages, plusieurs témoignages montrent qu'habituellement la femme prend la responsabilité de consulter et paie de sa poche, parfois sans tenter de récupérer cet argent auprès du mari. Même en présence du mari, il n'est d'ailleurs pas rare que la femme aide financièrement à payer les soins, si le mari n'a pas suffisamment d'argent.

Nous venons de voir que de nombreuses caractéristiques des ménages semblent influencer le niveau moyen des dépenses consenti pour un épisode fini de maladie. Certaines caractéristiques de la maladie, comme le diagnostic perçu, la gravité perçue et la durée de l'épisode, pèsent encore plus sur le coût moyen par épisode.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon le diagnostic perçu

Les variations selon le diagnostic de coût moyen des prestations médicales pour les épisodes achevés sont considérables (cf. Tableau 47). Les traumatismes et le "rhumatisme" reviennent le moins cher (600 FCFA, mais effectifs très faibles). La dysenterie et la toux avec fièvre sont aussi relativement bon marché (700 à 800 FCFA). Viennent ensuite la diarrhée, la rougeole (5 cas seulement) et le "paludisme femelle", tous au-dessous de la moyenne avec environ 1'200 FCFA.

A l'autre extrémité, on trouve sans surprise deux diagnostics qui requièrent généralement une hospitalisation (morsures de serpents, 11'200 FCFA) et même une intervention chirurgicale (hernie, 14'400 FCFA). Remarquons toutefois que sur les douze cas de hernie, deux n'ont pas été traités, cinq ont été soignés par automédication et cinq ont été opérés. Pour ces derniers, les coûts moyens bondissent: 34'400 FCFA pour les prestations médicales et 6'700 FCFA pour le

transport, soit un total de 41'000 FCFA. Pour les seules prestations médicales, les prix forfaitaires (et déclarés aux enquêteurs) étaient de 17'000 FCFA à l'hôpital Saint-Martin de Papané (1 cas) et de 14'000 FCFA à l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Boco (1 cas). Le coût déclaré des prestations médicales a été de 40'500 FCFA pour un cas au CSSP de Ouessè et de 50'000 FCFA pour le deuxième, tout comme pour le dernier cas opéré au centre de santé départemental de Parakou. Bien que la taille de l'échantillon soit dérisoire, la différence de prix pratiquée entre les établissements confessionnels et publics semble donc considérable. Cela est d'autant plus étonnant que les responsables du CSSP de Ouessè et du PMSBS avaient convenu de fixer les prix des opérations à un niveau similaire à celui pratiqué à l'hôpital Saint-Martin, le "concurrent" direct du CSSP pour ce type de prestations.

Le traitement des maladies sexuellement transmissibles paraît très cher (4'200 FCFA), pour autant que les trois seuls cas recensés permettent d'en juger. Les dépenses engagées pour trois affections généralement considérées comme graves sont nettement au-dessus de la moyenne, sans atteindre de pareilles sommes: le *manyen* (1'900 FCFA), l'"attaque" (2'200 FCFA) et le "paludisme mâle" (presque 2'500 FCFA).

Tableau 47 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le diagnostic (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
"Paludisme mâle"	58	2459	88.7	314	11.3	2773	100.0
"Paludisme femelle"	326	1226	91.1	120	8.9	1346	100.0
Diarrhée	159	1151	90.6	119	9.4	1270	100.0
Dysenterie	134	743	90.5	78	9.5	821	100.0
Toux avec fièvre	243	824	91.8	73	8.2	897	100.0
"Attaque"	22	2196	95.8	95	4.2	2292	100.0
Rougeole	5	1170	100.0	0	0.0	1170	100.0
<i>Manyen</i>	29	1890	91.0	186	9.0	2076	100.0
Maladies sexuell. transm.	3	4217	100.0	0	0.0	4217	100.0
Rhumatisme	5	606	79.1	160	20.9	766	100.0
Traumatismes	4	608	100.0	0	0.0	608	100.0
Hernie	12	14398	83.7	2808	16.3	17207	100.0
Morsures serpents	12	11233	89.1	1375	10.9	12608	100.0
Total général	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

Le transport est particulièrement onéreux pour les hernies (2'800 FCFA), puisqu'une partie des cas ont nécessité une opération dans un lointain hôpital, hospitalisation qui requiert le déplacement d'au moins deux personnes: le malade et le garde-malade. Huit cas de morsures de serpents sur douze ont débouché sur une hospitalisation. Contrairement aux hernies, l'urgence de la prise en charge d'un tel traumatisme¹ a conduit les personnes mordues exclusivement vers l'un des deux hôpitaux de la sous-préfecture, généralement vers le plus proche. L'hospitalisation, nécessitant au moins un garde malade, et l'urgence, qui encourage le recours à un moyen de locomotion rapide, expliquent un coût moyen du transport élevé (1'400 FCFA),

¹ Dans tous les cas le traitement a commencé le jour même.

mais pas autant que pour les hernies, puisque l'on ne sort pas de la sous-préfecture. Pour les autres diagnostics, le coût moyen du transport varie de 0 à un peu plus de 300 FCFA. En termes relatifs, le transport représente de 0 à 20 % (pour les "rhumatismes", mais seulement 5 cas), en passant par 16 % pour les hernies.

Pour le coût moyen global, les diagnostics peuvent être rassemblés en plusieurs catégories de prix:

- traumatisme, "rhumatisme", dysenterie et toux avec fièvre: 600 à 900 FCFA;
- rougeole, diarrhée et "paludisme femelle": 1'200 à 1'300 FCFA;
- *manyen*, "attaque" et "paludisme mâle": 2'100 à 2'800 FCFA;
- maladies sexuellement transmissibles (3 cas): 4'200 FCFA;
- morsures de serpents et hernie: 12'600 à 17'200 FCFA.

Cette gradation des dépenses moyennes consenties par épisode achevé de maladie est grossièrement parallèle à la gravité attribuée en général à ces affections et traumatismes. Il existe donc un lien entre la gravité a priori de la maladie et la dépense qu'elle occasionne. Cette relation est sans doute bidirectionnelle: on est prêt à dépenser plus pour une maladie considérée comme très grave, mais les maladies dont la guérison occasionnent en général de grands frais, avec tout ce que cela implique en termes de recours thérapeutiques, ont tendance à être tenues pour graves.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon la gravité perçue du cas

Qu'en est-il de l'impact de la gravité perçue de chaque cas sur le coût total moyen de sa prise en charge? Attribuer a priori un niveau de gravité à chaque pathologie ne suffit pas. En effet, tel cas de maladie, a priori bénin au vu du diagnostic, peut, dans certaines circonstances, subitement s'aggraver. Au contraire, un cas considéré comme grave au vu de la maladie impliquée peut rapidement évoluer favorablement avec l'administration d'un traitement efficace. En d'autres termes, chaque cas concret de maladie est susceptible de modifier le statut de gravité communément attribué à cette maladie. Le niveau moyen des dépenses par épisode devrait être très sensible à cet indicateur, finalement peu redondant avec celui du diagnostic.

C'est effectivement le cas (cf. Tableau 48). Le coût moyen des prestations médicales est environ 6 fois plus élevé pour les cas considérés comme très graves que pour les cas tenus pour peu ou pas graves (environ 3'600 FCFA contre 600 FCFA); les cas assez graves se trouvant dans une position intermédiaire (près de 1'600 FCFA). Le coût moyen du transport est lui aussi d'autant plus élevé que le cas est considéré comme grave. Presque nul pour les cas peu ou pas graves, ce qui dénote une solution locale – essentiellement de l'automédication –, le coût moyen du transport grimpe à plus de 500 FCFA pour les cas très graves. De plus, la part du transport dans le coût moyen total de l'épisode est d'autant plus élevée que le cas est considéré comme grave (de 4 à 13 %). Ainsi, le coût du transport augmente plus vite que celui des prestations médicales avec l'accroissement de la gravité.

Tableau 48 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon sa gravité perçue (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Très grave	164	3596	87.0	539	13.0	4135	100.0
Assez grave	362	1564	89.9	175	10.1	1739	100.0

Peu ou pas grave	470	590	96.1	24	3.9	614	100.0
Total général	996	1438	89.8	164	10.2	1601	100.0

En définitive, le coût moyen total des cas assez graves est proche de celui de la moyenne des cas (respectivement environ 1'700 et 1'600 FCFA). Par contre, les cas pas ou peu graves reviennent bien moins cher (600 FCFA) et les cas très graves beaucoup plus chers (plus de 4'100 FCFA), soit un rapport maximal de 1 à 6,7. La gravité perçue de la maladie est donc un bon estimateur du coût moyen d'un épisode fini de maladie, que ce soit pour les prestations médicales ou pour le transport. Malheureusement, cet estimateur n'est pas un bon prédicteur, puisque, comme nous l'avons déjà relevé, la perception de la gravité peu évoluer tout au long de l'épisode et que c'est la perception a posteriori que nous avons recueillie.

Coût total moyen d'un épisode fini de maladie selon sa durée

Le coût moyen d'un épisode de maladie devrait être fortement associé à sa durée. L'itinéraire thérapeutique du malade devrait en effet se complexifier avec l'allongement de l'épisode et la quantité de médicaments consommés augmenter. L'allongement de l'épisode devrait aussi se traduire par l'emploi de recours de plus en plus chers. De plus, il est probable que la durée de l'épisode soit fortement corrélée avec sa gravité perçue, qui, nous venons de le voir, est très fortement associée aux coûts moyens.

Le coût moyen des prestations médicales et du transport augmente en effet fortement et régulièrement avec l'allongement de l'épisode (cf. Tableau 49). Pour les prestations médicales, il passe d'environ 400 FCFA, lorsque l'épisode dure moins de 5 jours à 20'900 FCFA, lorsqu'il dépasse le mois. Pour un épisode durant 5 à 7 jours, le coût moyen double par rapport à un épisode plus court. Il atteint 1'400 FCFA pour un épisode d'une à deux semaines. Le coût moyen du transport est négligeable pour les épisodes durant moins d'une semaine (33 FCFA en moyenne). Il augmente ensuite rapidement: 160 FCFA pour les épisodes d'une à deux semaines, 240 FCFA pour ceux de deux à trois semaines, 840 FCFA pour ceux de trois à quatre semaines et presque 3'500 FCFA au-delà du mois. Ici encore, la part du transport tend à augmenter avec le prix moyen total payé. Le coût moyen total d'un épisode par journée de maladie décrit approximativement une courbe en "U". Il est maximal pour les épisodes de moins de 4 jours et ceux de plus de trois semaines (environ 230 FCFA par journée de maladie) et minimal entre ces deux périodes (environ 140 FCFA par journée).

Tableau 49 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon sa durée (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
1 à 4 jours	209	442	95.2	22	4.8	464	100.0
5 à 7 jours	360	828	95.5	39	4.5	866	100.0
8 à 14 jours	266	1406	89.6	164	10.4	1570	100.0
15 à 21 jours	117	2224	90.3	239	9.7	2464	100.0
22 à 30 jours	41	4251	83.4	844	16.6	5095	100.0
Plus de 30 jours	10	20877	85.7	3470	14.3	24347	100.0
Total	1003	1403	89.8	159	10.2	1562	100.0

Disparités régionales et locales

Les malades habitant l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè dépensent en moyenne beaucoup plus par épisode de maladie que ceux de l'Est (cf. Tableau 50). Cela est aussi bien vrai pour les prestations médicales que pour le transport. Alors que les premiers consacrent en moyenne 1'700 FCFA aux prestations médicales liées à un épisode fini de maladie, les seconds se contentent d'à peine 1'000 FCFA. Cette grande différence n'est que très peu due à une utilisation plus fréquente de l'automédication à l'Est qu'à l'Ouest (72,1 % de tous les premiers recours pour des épisodes finis, contre 69,7 %). Elle résulte d'un coût moyen de l'automédication nettement moins élevé à l'Est qu'à l'Ouest (environ 320 FCFA contre 510 FCFA, pour les épisodes finis) et surtout de l'utilisation de services de santé moins onéreux (environ 2'300 FCFA en moyenne à l'Est pour les premiers recours extérieurs directs associés aux épisodes finis, contre 3'900 FCFA à l'Ouest).

L'écart relatif est encore plus important pour le transport. Les habitants de l'Ouest y consacrent en moyenne 200 FCFA par épisode, contre moins de 100 FCFA pour ceux de l'Est. Faut-il y voir une des conséquences de l'"enclavement" de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, en marge des grandes voies de communication? Ce n'est que partiellement le cas. En effet, les habitants de l'Ouest habitent en moyenne plus près d'un service de santé assurant les soins de base (CCS et CSSP de Ouessè) que ceux de l'Est (CCS et hôpital Saint-Martin, cf. partie I, chap. 1b et partie II, chap. 1a). S'ils dépensent pour le transport sanitaire en moyenne plus du double que les habitants de l'Est, c'est qu'ils sont plus nombreux qu'eux à ne pas se contenter de ces services de proximité. L'"enclavement" ne fait alors qu'accroître le coût élevé du transport pour ces recours lointains, au demeurant rares, mais qui pèsent lourdement dans la moyenne.

Au total, un épisode fini de maladie revient 1,8 fois plus cher aux habitants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè qu'à ceux de l'Est. Cette inégalité devant les coûts de la santé résulte à la fois de la différence des prix moyens pratiqués par les services de santé desservant ces deux moitiés de la sous-préfecture, de la moindre accessibilité des malades de l'Ouest aux services de santé d'un niveau supérieur et de comportements sanitaires partiellement distincts, peut-être dictés par la gravité perçue supérieures des cas enregistrés à l'Ouest, comme nous le verrons plus loin.

Tableau 50 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le domicile des malades par région (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Est	355	965	92.0	84	8.0	1049	100.0
Ouest	657	1700	89.4	203	10.6	1903	100.0
Total	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

A une échelle plus fine, celle des villages, les écarts de coût moyen pour des épisodes finis sont absolument énormes (cf. Tableau 51). Les rapports entre les villages extrêmes sont de 1 à 12,6 pour les prestations médicales et de 1 à 15,5 pour le coût moyen total. Pour le transport, les coûts moyens varient en valeurs absolues entre 0 et presque 700 FCFA. Ces énormes variations indiquent clairement que les comportements face à la maladie varient considérablement d'un village à l'autre. Comme l'absence totale d'action thérapeutique est fort rare, ces variations présagent une grande diversité des recours thérapeutiques entre villages, à l'intérieur d'une zone d'étude somme toute limitée.

Le coût moyen des prestations médicales est particulièrement élevé à Gbanlin et à Adougou (environ 2'800 à 2'900 FCFA). Il est élevé à Idadjo, Attannondoho et Kilibo (1'800 à 2'000 FCFA). Tous les autres villages se situent au-dessous de la moyenne (1'440 FCFA): Toui PK, Wokpa et Djegbé (1'000 à 1'100 FCFA), Odo Akaba, Gbaffo, Akpéro et Attata (700 à 900 FCFA) et finalement Gbédé (plus de 200 FCFA). Quatre des cinq villages dont les coûts moyens sont supérieurs à la moyenne disposent d'un service de santé formel. A l'inverse, quatre des cinq villages où les coûts sont les plus bas n'en ont point. Ce double constat suggère que la disponibilité locale d'un service de santé renchérit fortement la prise en charge de la maladie, en détournant une part accrue des malades de l'automédication. Des coûts moyens élevés pour les prestations médicales, automédication comprise, traduisent donc un bon accès aux services de santé.

A l'inverse, des coûts moyens de transport élevés devraient indiquer une mauvaise accessibilité aux services de santé. Cela n'est que partiellement le cas, car la fréquentation des services de santé tend à décroître fortement avec la distance, au bénéfice de l'automédication. Le cas extrême est celui de Gbédé, à 8 kilomètres du premier service de santé, où le coût moyen du transport est nul car 66 des 67 épisodes achevés ont été uniquement soignés par automédication, le dernier malade s'étant rendu à pied au CCS. On constate d'autre part que c'est paradoxalement dans un village disposant d'un CCS, Gbanlin, que le coût moyen de transport est maximal (plus de quatre fois la moyenne). Malgré la disponibilité locale d'un CCS une partie des malades de ce village préfèrent en effet aller au CSSP de Ouessè, à l'hôpital Saint-Martin et même parfois plus loin encore. Il n'y a donc pas de lien entre accessibilité et coût moyen de transport pour l'ensemble des épisodes. Il en va d'ailleurs de même si l'on ne considère que les épisodes qui ont débouché sur un recours extérieur. De plus, la part du transport dans le coût total de l'épisode, elle aussi très variable (de 0 à 23 %), ne dépend pas davantage de l'accessibilité aux services de santé.

Tableau 51 Coût moyen total d'un épisode fini de maladie selon le domicile des malades par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	N	Prestations médicales		Transport		Total	
		FCFA	%	FCFA	%	FCFA	%
Idadjo	130	2035	89.9	228	10.1	2263	100.0
Wokpa	90	1036	77.4	301	22.5	1338	100.0
Gbanlin	78	2929	81.2	676	18.8	3605	100.0
Djegbé	103	998	96.2	40	3.9	1037	100.0
Attannondoho	85	2011	93.3	145	6.7	2156	100.0
Adougou	62	2820	97.5	73	2.5	2893	100.0
Gbaffo	51	830	100.0	0	0.0	830	100.0
Attata	58	688	93.5	48	6.5	736	100.0
Gbédé	67	232	100.0	0	0.0	232	100.0
Kilibo	66	1834	94.0	118	6.0	1952	100.0
Akpéro	76	751	84.5	138	15.5	889	100.0
Toui PK	70	1160	91.8	103	8.2	1263	100.0
Odo Akaba	76	890	93.9	58	6.1	948	100.0
Total	1012	1442	90.0	161	10.0	1603	100.0

Coût global de la santé dans la sous-préfecture de Ouessè pour les pathologies étudiées

En extrapolant à l'ensemble de la sous-préfecture les coûts de la santé relevés dans un échantillon de la population, il est possible d'estimer les dépenses mensuelles moyennes engagées par chaque individu pour se soigner contre treize affections et traumatismes ou catégories d'affections parmi les plus fréquentes dans la sous-préfecture de Ouessè. Comme il existe de grandes variations régionales et locales de dépenses, nous avons distingué, avant de donner la moyenne, les dépenses de l'est de celles de l'ouest de la sous-préfecture. De plus, comme notre but est de déboucher sur l'estimation de la masse financière globale consacrée par tous les habitants d'une sous-préfecture durant une année (1995) à l'essentiel des soins curatifs, il n'est plus possible d'omettre les épisodes non achevés.

Les différentes valeurs que nous calculerons ne sont cependant qu'une estimation par défaut de l'ensemble des coûts engagés par la population pour la santé. D'une part nous négligeons ici la santé maternelle et infantile de même que la prévention, pour ne considérer que les soins curatifs; et encore, qu'une partie d'entre eux, puisque tous les diagnostics ne sont pas pris en compte. D'autre part, l'enquête s'est déroulée durant les mois de janvier et de février, qui comptent parmi les mois où la population est le moins malade. Nous avons en effet vu que c'est toujours en début d'année que le nombre mensuel de nouvelles consultations dans les services de santé est le plus bas. Les nouvelles consultations ne reflètent pas forcément avec exactitude l'évolution mensuelle de l'incidence réelle. Toutefois, la faible fréquentation des services de santé en début d'année doit bien correspondre à une époque moins pathogène, dans la mesure où l'accès aux services de santé est relativement élevé à ce moment. Il s'agit en effet de la morte saison agricole (si l'on excepte la fin de la récolte du coton). Les paysans restent alors au village, avec beaucoup de temps libre. De plus, les réserves alimentaires, partiellement vendues comme produit de rente, sont encore importantes et les importants revenus tirés du coton ne sauraient tarder.

Les dépenses mensuelles par cas de maladie ont été calculées en additionnant toutes les dépenses, en distinguant les prestations curatives du transport, occasionnés par la maladie durant les trente derniers jours et en divisant le résultat par le nombre de cas. Comme les morsures de serpents et les hernies ont été recensées sur un an, seul un douzième des dépenses correspondantes ont été introduites dans la somme. Les dépenses mensuelles moyennes sont obtenues en divisant la somme dépensée par le nombre d'individus dans l'échantillon.

Finalement, on obtient les dépenses annuelles consacrées à ces soins curatifs sur un an en multipliant par douze mois et par le nombre d'habitants de la sous-préfecture en 1995 les dépenses mensuelles par habitant. Le total pour l'ensemble de la sous-préfecture résulte de la somme des dépenses calculée dans chacune des deux moitiés et non pas de la multiplication de la dépense mensuelle moyenne par habitant pour l'ensemble de la sous-préfecture par douze mois et par le nombre total d'habitants dans la sous-préfecture. Le premier procédé est plus précis que le second car l'Ouest de la sous-préfecture, avec ses cas beaucoup plus nombreux, pèse lourdement dans le calcul de la dépense mensuelle moyenne par habitant pour l'ensemble de la sous-préfecture.

Les dépenses mensuelles moyennes par cas de maladie pour des épisodes finis mentionnées dans le Tableau 52 sont ce que nous avons appelé plus haut le coût total moyen par épisode fini de maladie. On remarquera toutefois que les valeurs indiquées ici sont sensiblement plus basses que celles mentionnées dans le Tableau 50. Cela provient du fait que seul un douzième des hernies et des morsures de serpents, et donc aussi les dépenses correspondantes, ont été considérées ici, puisque ces cas ont été enregistrés sur un an plutôt que sur un mois, comme pour les onze autres diagnostics. Les cas de hernies et de morsures de serpents sont certes assez rares (63 cas sur un an), mais ils constituent de loin les diagnostics les plus coûteux

en moyenne, d'où une baisse sensible des coûts moyens, lorsque l'on "mensualise" ces deux types de cas. Comme ces derniers sont proportionnellement beaucoup plus nombreux à l'Ouest qu'à l'Est, cette correction débouche sur un léger rapprochement des coûts entre ces deux régions.

Les épisodes non achevés de maladie reviennent plus cher que les épisodes finis, et cela aussi bien pour les prestations médicales (1,15 fois plus chères) que, surtout, pour le transport (3 fois plus chers). Cette tendance se retrouve dans les deux moitiés de la sous-préfecture. La dépense moyenne mensuelle par épisode de maladie, achevé ou non, se monte à 1'400 FCFA pour l'ensemble de la sous-préfecture. Elle est presque 1,8 fois plus élevée à l'Ouest qu'à l'Est (environ 1'600 FCFA contre 900 FCFA). Relativement aux prestations médicales, les malades de l'Ouest, "enclavé", dépensent plus que ceux de l'Est pour le transport (respectivement 12,6 et 10,7 %). Cette différence provient uniquement des épisodes achevés. La part du transport dans les dépenses mensuelles moyennes pour la santé est deux fois plus élevée pour les épisodes en cours que pour les épisodes achevés. Tous types d'épisodes confondus, le transport constitue 12 % des dépenses mensuelles consacrées à la santé.

En moyenne, chaque habitant de la sous-préfecture dépense 350 FCFA par mois pour se soigner contre les treize affections étudiées. Selon l'Enquête budget consommation de l'INSAE, les dépenses mensuelles par personne en 1992 pour l'hygiène, les soins et la santé se montaient à 260 FCFA pour l'ensemble du Bénin et à 160 FCFA pour le Zou rural, soit 7,6 % du total des dépenses courantes (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ÉCONOMIQUE, 1992). Cette enquête montre également que le niveau des dépenses mensuelles est très différent selon la profession (1'052 FCFA pour les professions libérales, 584 FCFA pour les professions intermédiaires, 492 FCFA pour le personnel des services, 232 FCFA pour les ouvriers et 116 FCFA pour les paysans. Leurs données ne sont pas directement comparables aux nôtres, car nous n'incluons pas toutes les dépenses de santé, mais que par contre nous tenons compte des frais de déplacements liés à la maladie. Selon l'enquête budget consommation, l'ensemble des dépenses de transport et communications se montent à 576 FCFA par mois pour le Bénin (14,7 % du total des dépenses) et à 188 FCFA pour le Zou rural (8,8 %). De plus, la dévaluation du FCFA suivie d'une forte inflation est intervenue entre les deux enquêtes. Notons encore que les agriculteurs de la sous-préfecture de Ouessè sont plutôt riches par rapport à ceux d'autres parties du Zou, surpeuplées et aux sols épuisés. Au vu de ce qui précède, le coût mensuel moyen de 350 FCFA par mois pour se soigner contre treize affections parmi les plus communes ne paraît pas exagéré.

Tableau 52 Dépenses mensuelles moyennes par cas de maladie et par habitant (source: enquête domiciliaire, 1995).

Statut de l'épisode	Région	Dépenses mensuelles moyennes par cas de maladie en FCFA				Part relative en %		Dépenses mensuelles moyennes par habitant en FCFA		
		N cas malade	Prestations médicales	Transport	Total	Prestations médicales	Transport	Prestations médicales	Transport	Total
Fini	Est	355	797	65	861	92.5	7.5	134	11	145
Fini	Ouest	655	1362	143	1505	90.5	9.5	275	29	304
Fini	Ensemble	1010	1164	116	1279	91.0	9.0	220	22	242
Non fini	Est	91	958	237	1195	80.1	19.9	41	10	52
Non fini	Ouest	224	1622	392	2014	80.5	19.5	113	27	141

Non fini	Ensemble	315	1432	348	1780	80.5	19.5	85	21	106
Total	Est	447	827	100	927	89.3	10.7	176	21	197
Total	Ouest	882	1432	206	1638	87.4	12.6	391	56	447
Total	Ensemble	1329	1229	170	1400	87.8	12.2	306	42	349

On observe de grandes différences de dépense par habitant entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (respectivement 200 et 450 FCFA). Pour les seules prestations curatives, ces valeurs sont respectivement d'environ 180 et 390 FCFA, contre 20 et 60 FCFA pour le transport.

Comme un ménage compte en moyenne 8,2 individus, il dépense donc chaque mois 2'860 FCFA pour se soigner. Avec 8,12 individus par ménage à l'Ouest et 8,43 à l'Est, ces valeurs se montent respectivement à 3'630 et 1'660 FCFA pour les deux moitiés de la sous-préfecture. Au delà du montant de la somme, considérable si on le rapporte aux revenus d'un ménage et si l'on garde à l'esprit qu'il ne représente pas la totalité des dépenses de santé d'un mois par ailleurs peu pathogène, on observe donc une forte inégalité entre l'Est et l'Ouest face aux coûts moyens de la santé par habitant.

Qu'est-ce à dire? On a vu que le coût moyen par épisode est d'environ 1,8 fois moins élevé à l'Est qu'à l'Ouest. Cette importante différence, due à une utilisation de l'automédication légèrement plus fréquente à l'Est qu'à l'Ouest et surtout au recours à des services de santé meilleur marché, ne suffit toutefois pas à expliquer la totalité de l'écart des coûts par habitant. Les habitants de l'Est seraient-ils alors moins souvent et/ou moins gravement malades que ceux de l'Ouest? La réponse est affirmative dans les deux cas. Si l'on rapporte, pour chaque moitié de la sous-préfecture, le nombre de cas de maladie à la taille de l'échantillon correspondant, un taux de prévalence mensuelle de 212 ‰ à l'Est et de 271 ‰ à l'Ouest, pour ces treize catégories d'affections et de traumatismes. D'autre part, nous verrons dans la quatrième partie que les malades de l'Est et leur entourage jugent en moyenne leurs cas de maladie moins grave que ceux de l'Ouest. Cette différence de perception de la gravité des cas explique sans doute partiellement la moindre consommation médicale (en FCFA) par cas, relevée à l'Est pour l'automédication. Une proportion plus élevée de traitements utilisant exclusivement des remèdes traditionnels en explique aussi une partie. Les dépenses de santé moins élevées enregistrées à l'Est, que ce soit par habitant ou par épisode, ne semblent donc pas, ou peu, déterminées par une attitude différente face à la maladie, empreinte d'un stoïcisme supérieur, comme en font preuve, un peu plus au nord, les femmes *Bariba* lors des accouchements (Sargent, 1982 et 1985). Un accès économique différencié aux soins de santé pourraient aussi expliquer l'important écart des dépenses de santé. Tel ne semble pourtant pas être le cas puisque l'indice économique moyen des malades de l'Est est quasi égal à celui des malades de l'Ouest.

En extrapolant les coûts mensuels moyens par habitant observés sur l'échantillon de 5'357 personnes, il est possible d'estimer le coût annuel total de la prise en charge de ces treize affections pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè (épisodes finis ou en cours). Comme les habitants de l'Ouest sont surreprésentés dans l'échantillon et qu'en moyenne ils dépensent nettement plus par épisode, nous avons calculé le coût annuel global pour chacune des moitiés de la sous-préfecture de Ouessè. Pour l'ensemble de la sous-préfecture, ce coût est la somme des coûts relevés à l'Est et à l'Ouest et non pas le coût moyen par habitant multiplié par la population de la sous-préfecture, ce qui, pour les raisons exposées ci-dessus, conduirait à une surestimation.

Les dépenses annuelles sont d'au moins 220 millions de FCFA pour l'ensemble de la sous-préfecture (cf. Tableau 53), soit environ 550'000 FS ou moins de 10 FS par habitant. Le coût des seules prestations médicales se monte à 193 millions de FCFA, celui du transport à 27 millions de FCFA, soit 12,1%. A lui seul, l'ouest de la sous-préfecture supporte presque 70 % de cette somme (153 contre 66 millions de FCFA). Cette proportion est un peu moins élevée pour les prestations médicales que pour le transport (environ 69 % contre 73 %). Cela traduit l'"enclavement" de l'Ouest, mais aussi et surtout la plus grande propension de ses habitants à aller se faire soigner à l'extérieur de cette région, en quête d'un service de santé d'un niveau supérieur à celui du CSSP de Ouessè.

Tableau 53 Dépenses annuelles totales pour treize affections et pour l'ensemble des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, épisodes finis ou non (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Taille population par région			Dépenses annuelles en millions de FCFA		
	N habitants	Echantillon	N cas maladie	Prestations médicales	Transport	Total
Est	28355	2108	447	59.7	7.2	66.9
Ouest	28544	3249	882	133.2	19.3	152.5
Ensemble	56899	5357	1329	192.9	26.5	219.4

Si la somme de 4'000 FCFA par personne et par an peut paraître modique, il convient de garder à l'esprit que:

- l'estimation ci-dessus ne prend en compte qu'une partie des dépenses liées à la santé. Certaines affections ne sont pas incluses dans l'enquête, de même que les accouchements et la santé maternelle et infantile. De plus, l'enquête s'est déroulée en début de la période la plus "saine" de l'année;
- chaque individu, chaque ménage, chaque village est inégal face maladie. Les disparités de dépenses masquées par cette moyenne d'à peine 10 FS par personne et par an sont énormes, que cela soit dû à une malchance ponctuelle (une hernie étranglée nécessitant une évacuation et une intervention chirurgicale, par exemple, ou encore la concentration dans le temps de nombreux cas de maladie¹) ou à une situation durable (maladies chroniques ou concentration de maladies aiguës à cause de facteurs comportementaux, environnementaux, voire génétiques). Il en découle que des coûts de la santé qui paraissent tout à fait supportables en moyenne, ne le sont plus en certaines circonstances et pour certains ménages.
- la maladie n'entraîne pas que des dépenses, mais aussi un manque à gagner pour le malade et l'entourage qui le prend en charge. Nous n'avons pas tenté d'estimer ce manque à gagner. Voici cependant quelques éléments qui pourraient y contribuer. Si l'on extrapole sur un an les données de l'enquête domiciliaire, on constate que chaque personne est en moyenne malade durant 18,9 jours par an (pour les seules affections étudiées). Nous ne prenons en compte ici que les épisodes considérés comme graves ou très grave, les épisodes tenus pour peu ou pas graves ne devant guère empêcher une activité normale. Pour l'ensemble de la sous-préfecture, on enregistre donc un total annuel de 1'076'000 de ce que les anglo-saxons nomment *disability days*. Il est très difficile d'estimer le manque à gagner correspondant à cette incapacité de travail. On peut considérer, très grossièrement, que chaque jour de maladie distrait en moyenne une

¹ Un ménage de 10 personnes à Adougou avait enregistré 11 cas de maladie impliquant 7 personnes différentes dans le mois écoulé.

force de travail correspondant à une personne par jour, quel que soit l'âge du malade. Un enfant malade requiert la présence presque constante d'un adulte, alors qu'un adulte malade ne travaille pas et "occupe" très partiellement un autre adulte. Retenons 250 FCFA comme revenu moyen quotidien d'un adulte. Il s'agit d'une estimation plutôt basse, pour tenir compte des bas revenus des femmes, qui assurent l'essentiel des soins aux enfants, et des vieillards, plus souvent malades que les jeunes adultes. Le manque à gagner annuel dû à ces affections serait alors de 4'725 FCFA par personne, de 38'700 FCFA par ménage et de 269 millions de FCFA (670'000 FS) pour l'ensemble de la sous-préfecture, soit 1,23 fois plus que l'ensemble des coûts directs.

Prix des prestations médicales dans les services de santé selon les pièces comptables

Nous venons d'examiner en détail le coût des prestations médicales et du transport selon les indications fournies par les patients eux-mêmes ou leur entourage. Nous allons maintenant nous pencher sur les coûts, strictement médicaux, qu'engendre le recours aux différents types de services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè. Il n'a été possible d'obtenir les prix facturés que pour l'un des deux services de santé privés les plus formels. Nous avons procédé par échantillonnage pour les années 1992, 1993 et 1994. La dévaluation du FCFA, intervenue en janvier 1994, n'avait pas eu d'impact sur les prix unitaires pratiqués dans les services de santé publics en 1994. Il n'en a pas été de même pour l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané. L'impact de la dévaluation du FCFA sur les prix pratiqués par les privés n'a pas pu être évalué, puisque le cabinet de soins infirmier privé de Botti a fermé ses portes avant la dévaluation, de même que la clinique privée de Laminou, qui ne nous avait d'ailleurs pas ouvert sa comptabilité avant la dévaluation.

Pour le cabinet infirmier privé de Botti, le dispensaire de Tosso et celui de Kilibo, les échantillons ont été relevés dans les registres de santé et cela durant une partie de l'année 1992 ou durant une période s'étendant sur 1992 et 1993. Pour ces seuls services de santé, les infirmiers y mentionnaient en effet le prix total de chaque nouvelle consultation, ce qui rendait possible un tel relevé. Pour le CSSP de Ouessè, aucun registre ou pièce comptable ne permettait de calculer le prix total d'une nouvelle consultation. Nous avons demandé aux agents de santé de l'indiquer sur le registre des consultations pendant quelques semaines. Malgré plusieurs rappels, ils ne l'ont fait qu'irrégulièrement, puisque cela n'était pas leur habitude. Le nombre de cas disponibles est donc resté assez faible pour le CSSP. Par contre, le prix des hospitalisations y était facilement disponible. Pour l'année 1994, la tâche était plus facile puisque de nouveaux instruments comptables ont été mis à disposition des commis, engagés entre-temps par tous les services de santé publics de la sous-préfecture. Les échantillons ont alors été tirés de ces pièces comptables. Ils portent sur une période d'une durée variable, en été 1994. Ce contrôle financier plus serré rendu possible par l'introduction de commis a aussi permis le calcul du prix moyen des accouchements et des consultations prénatales.

Prix moyen général et par pathologie des prestations médicales curatives dans les services de santé selon les pièces comptables

En 1992, le prix moyen d'une nouvelle consultation curative ambulatoire était quasi identique dans les deux dispensaires étudiés: 560 FCFA à Tosso et 582 FCFA à Kilibo (cf. Tableau 54). Il était 1,7 fois plus cher au CSSP de Ouessè: 950 FCFA. Il augmente encore pour le cabinet privé de soins infirmiers de Botti. Avec 1'150 FCFA, le prix moyen d'une première consultation y est 2 fois plus élevé que dans un dispensaire et 1,2 fois plus cher que le CSSP, à environ un kilomètre de là. Pour les services de santé publics, les coûts moyens sont sensiblement plus élevés que les 446 FCFA relevés en 1991 par une enquête nationale prenant

en compte des CCS et CSSP du programme PEV/SSP (LÉVY-BRÜHL, KNIPPENBERG, SOUCAT [*et al.*] (1991). Par contre, le prix moyen dans les deux CCS étudiés de la sous-préfecture de Ouessè est inférieur à celui relevé la même année pour l'ensemble des CCS des six sous-préfectures où le PMSBS est actif, soit 689 FCFA, y compris pour les nouvelles consultations prénatales (PMSBS, 1993).

Dans les trois types de services de santé, ce sont des infirmiers qui effectuent la consultation. La compétence du thérapeute est donc a priori partout similaire. Elle ne saurait donc expliquer ces différences de prix. Vendant des médicaments de marque plutôt que des médicaments essentiels génériques et devant entièrement s'autofinancer, il n'est pas étonnant que l'infirmier privé pratique les prix les plus élevés. L'importante différence de prix moyen entre les dispensaires de CCS et celui du CSSP ne laisse pas d'étonner. Une très faible proportion des nouvelles consultations ambulatoires au CSSP sont effectuées par un médecin – 200 FCFA la consultation au lieu de 100 FCFA. De même, l'utilisation du laboratoire d'analyses médicales y est très rare pour les patients ambulatoires. Ces deux raisons ne peuvent expliquer qu'une très petite partie de la différence de prix relevée. De plus, la consultation est y est facturée 100 FCFA, comme dans les CCS. Il en découle que les infirmiers du CSSP prescrivent plus de médicaments ou des médicaments plus chers que leurs collègues des CCS. La plus grande variété de médicaments disponibles dans un CSSP que dans un CCS (deux à trois fois plus) permet, sans forcément la justifier, cette surprescription relative. Ce résultat suggère qu'une enquête spécifique, qui serait hors de notre propos, devrait être mener pour déterminer l'influence de la plus ou moins grande disponibilité en médicaments dans les dispensaires sur le nombre et le prix moyens de médicaments prescrits par nouveau consultant et sur la pertinence des ordonnances. Est-ce que c'est le CSSP qui surprescrit ou les CCS qui sous-prescrivent, par indisponibilité d'une partie des médicaments nécessaires? Il est en tous cas fort rare qu'un infirmier de CCS fasse une ordonnance pour des médicaments à se procurer dans une pharmacie ou un dépôt pharmaceutique. Il est peut-être plus rare encore qu'il réfère un patient vers un hôpital. Cela suggère, qu'à ses yeux, le traitement proposé est suffisant.

Nous avons également calculé le prix moyen d'une nouvelle consultation par pathologie (cf. Tableau 54). Les effectifs sont alors parfois modestes et la fiabilité des résultats peut s'en ressentir, surtout pour le CCS de Kilibo et le CSSP de Ouessè. En cas de paludisme, le prix d'une nouvelle consultation est partout légèrement supérieur à la moyenne de chaque service de santé. Pour les affections de l'appareil respiratoire, le prix d'une nouvelle consultation est légèrement inférieur à la moyenne au cabinet privé de Botti et au CSSP, légèrement supérieur au dispensaire de Tosso et de beaucoup supérieur au dispensaire de Kilibo; si bien que pour cette catégorie de diagnostics ce dernier dispensaire est aussi cher que le CSSP (environ 890 FCFA). Le prix d'une nouvelle consultation pour une affection de l'appareil digestif est partout sensiblement moins élevé (de 14 à 19 % dans les dispensaires de CCS et au cabinet privé et de 40 % au CSSP) que pour la moyenne des pathologies calculée dans chaque service de santé. Pour le CSSP, il s'agit du type d'affections dont le traitement ambulatoire est le meilleur marché. Le prix moyen pour les affections des sens est aussi partout nettement inférieur à la moyenne, particulièrement dans les CCS (– 43 % à Tosso, où c'est le type d'affections le meilleur marché, et – 32 % à Kilibo).

Tableau 54 Prix moyen en FCFA par pathologie d'une nouvelle consultation ambulatoire dans différents types de services de santé de la sous-préfecture de Ouessè en 1992 et 1993 (source: échantillons de NC pris dans les registres de santé des services).

1992	1992	1992 - 1993	Automne 1993

	Cab. inf. privé Botti		Dispensaire de Tosso		Dispensaire de Kilibo		CSSP de Ouessè	
	N NC	Prix moy.	N NC	Prix moy.	N NC	Prix moy.	N NC	Prix moy.
Paludisme	158	1235	182	583	45	641	38	1002
Affect. app. respiratoire	61	1099	55	627	14	889	10	883
Affect. app. digestif	29	929	67	482	34	490	18	566
Affect. des sens	14	956	19	321	15	395	1	700
Affect. uro-génitales	20	1895	23	907	8	1011	1	1250
Traumatismes	26	730	64	660	24	365	5	690
Affect. ostéo-muscul.	26	1244	16	891	0	–	2	738
Dermatoses	23	939	47	554	6	650	3	667
Mal défini et autres	52	1098	60	449	7	629	11	1672
Sans mentions	2	1000	184	531	0	–	0	–
Ensemble	411	1150	717	560	153	582	89	948

Les affections uro-génitales occasionnent les prix les plus élevés dans le cabinet privé et dans les deux CCS. Elles arrivent en deuxième position au CSSP, loin derrière les autres affections et affections mal définies, mais presque à égalité avec elles si l'on omet un cas de morsure de serpent particulièrement coûteux, qui influence fortement à la hausse le prix moyen pour cette catégorie au contenu hétéroclite. Au cabinet privé et dans les deux CCS, les affections uro-génitales coûtent environ deux tiers plus cher que la moyenne des cas pour chacun de ces services. Cette différence n'est que d'un tiers au CSSP de Ouessè. A l'exception du dispensaire de Tosso (+ 18 %), la prise en charge des traumatismes revient partout de 27 à 37 % moins cher que la moyenne. Pour cette affection, le dispensaire de Tosso pratique un prix moyen presque aussi élevé que le CSSP et même que le cabinet privé. Il est même 1,8 fois plus élevé qu'au dispensaire de Kilibo, qui enregistre avec ce diagnostic son prix moyen le plus bas des nouvelles consultations. Les affections ostéo-musculaires reviennent un peu plus cher que la moyenne au cabinet privé et nettement plus cher (+ 59 %) au dispensaire de Tosso. Pour les dermatoses, au sens large, les fluctuations par rapport à la moyenne sont disparates: – 30 % au CSSP (mais seulement trois cas), – 18 % au cabinet privé, proche de la moyenne au dispensaire de Tosso et + 12 % à celui de Kilibo. Il en va de même pour la catégorie des pathologies mal définies et des autres pathologies non classées ailleurs. Proche de la moyenne au cabinet privé et au dispensaire de Kilibo, cette catégorie de diagnostics coûte 20 % de moins que la moyenne au dispensaire de Tosso et 76 % de plus au CSSP. La prise en charge des morsures de serpents par le CSSP, particulièrement coûteuse, explique largement le prix moyen très élevé pour cette catégorie.

Le rapport entre le prix moyen du diagnostic le plus cher pour une nouvelle consultation et celui du diagnostic le moins cher varie peu d'un service de santé à l'autre. Il va d'à peine 2,5 au CCS de Kilibo à presque 3 au CSSP. L'image générale qui se dégage du Tableau 54 est donc une grande variabilité des prix moyens pour une nouvelle consultation aussi bien entre les catégories de diagnostics, ce qui n'est guère étonnant, qu'entre les services de santé pour les mêmes diagnostics, ce qui l'est davantage. Si l'on s'en tient aux seuls trois établissements qui utilisent les médicaments essentiels et pratiquent les mêmes prix unitaires pour les médicaments et le même prix de consultation, on s'attendrait à trouver des prix par pathologie presque identiques dans les deux dispensaires de CCS, puisque leurs prix moyens sont identiques, et des prix environ deux tiers plus élevés pour chaque pathologie au dispensaire du CSSP. Or c'est loin d'être toujours le cas. Puisque seule la nature et la longueur de l'ordonnance peut expliquer ces variations entre les trois services de santé public, on ne peut qu'en déduire que les traitements pour une même catégorie d'affections ne sont guère standardisés au sein de la sous-préfecture de Ouessè. Cela va à l'encontre de ce qui est prévu par le Ministère de la santé. Afin d'aider le

diagnostic et de proposer le traitement correspondant adéquat, les agents de santé publics disposent d'“ordinogrammes” (arbres de décision dichotomique), qu'ils devraient systématiquement utiliser comme base de leur pratique. Jugés trop mécaniques, mal adaptés et trop contraignants, ces “ordinogrammes” sont mal-aimés des agents de santé, qui les tiennent parfois bien en évidence sur leur bureau pour satisfaire le superviseur, mais qui ne les utilisent pas. Les variations de prix moyens par pathologie d'un service de santé à l'autre en est une preuve indirecte.

Pour l'année 1994, nous avons pu calculer le prix moyen par pathologie des nouvelles consultations curatives dans l'ensemble des services de santé de la sous-préfecture. Nous avons toutefois renoncé à le faire pour le CCS de Djegbé, en raison du nombre extrêmement faible de consultations annuelles. Pour les CCS de Gbanlin et de Challa Ogoï nous avons désormais calculé séparément les prix moyens pratiqués dans les dispensaires et les maternités, qui effectuent aussi des consultations curatives depuis 1994, du fait que les dispensaires correspondants sont localisés dans un autre village. Les prix moyens calculés pour 1992 et 1993 ne sont pas directement comparables à ceux de 1994. A l'exception du dispensaire de Toui, où les données disponibles ne permettaient pas de le faire, nous avons en effet calculé pour 1994 le prix moyen d'une nouvelle consultation et de toutes les consultations subséquentes dans le même service de santé. Nous pensons en effet que, dans la mesure du possible, il est préférable de considérer un épisode de maladie, ou du moins l'ensemble des consultations auprès d'un recours donné, que simplement la consultation initiale auprès de ce recours. On cerne ainsi mieux le coût réel d'un cas de maladie. Il convient toutefois de garder à l'esprit le fait que la plupart des patients n'effectuent qu'une seule visite dans un service de santé pour le même épisode de maladie. Il nous est aussi possible de distinguer le prix de l'ordonnance (médicaments achetés auprès du prescripteur) du prix total. La différence entre le prix total et celui des médicaments consiste essentiellement dans le prix forfaitaire de 100 FCFA demandé pour la première consultation. Elle devrait donc partout être de l'ordre de 100 FCFA et cela pour toutes les pathologies, sauf pour les traumatismes car un supplément est demandé pour les petites sutures et certains pansements.

Le prix moyen pour toutes les consultations liées à un épisode de maladie est exactement le même au dispensaire de Kokoro et à la maternité de Challa Ogoï, qui constituent ensemble le CCS de Challa Ogoï (environ 750 FCFA, cf. Tableau 55). Il est moins élevé au CCS de Gbanlin, avec une différence sensible entre ses deux composantes: environ 490 FCFA au dispensaire de Tosso et 640 FCFA à la maternité de Gbanlin. Le prix moyen d'un épisode dans les trois autres dispensaires est d'environ 880 FCFA à Toui, 990 FCFA à Kilibo et 1'070 FCFA à Kémon. Les CCS du sud de la sous-préfecture de Ouessè pratiquent donc en moyenne des prix par épisode inférieurs à ceux du nord. Cela est tout particulièrement vrai pour les services du sud-ouest. Il n'est peut-être pas innocent que le dispensaire pratiquant de loin les prix les plus bas, Tosso, avec une moyenne n'atteignant pas la moitié de celle du dispensaire le plus cher, est précisément le service public de base attirant depuis plusieurs années le plus de patients. Conformément à notre attente, le prix moyen des seuls médicaments est partout inférieur d'une centaine de FCFA au prix moyen total. Par rapport à 1992, le prix moyen total a paradoxalement diminué de 12 % en 1994, alors même que les anciennes consultations sont désormais incluses. Au CCS de Kilibo, il a par contre augmenté de 70 %. La prise en compte des anciennes consultations ne saurait à elle seule expliquer une augmentation si fulgurante. L'arrivée d'un nouvel infirmier y est sans doute aussi pour beaucoup.

La diversité des prix moyens pratiqués dans des services de santé publics du même niveau hiérarchique, desservis par des agents de santé de formation identique ou proche, utilisant à peu de chose près le même assortiment de médicaments et pratiquant les mêmes prix unitaires est tout à fait frappante. Si l'on se limite au seul prix des médicaments, les autres coûts –

essentiellement le prix de la consultation – étant presque constants d’un CCS à l’autre, la fourchette va d’environ 400 à 960 FCFA, soit un rapport de 1 à 2,4. Trois causes, non exclusives, pourraient expliquer de telles différences:

- une structure des pathologies différentes d’un CCS à l’autre, le coût moyen d’une ordonnance variant selon la pathologie;
- un nombre d’anciennes consultations variable d’un CCS à l’autre;
- des pratiques thérapeutiques propres à chaque prescripteur.

L’analyse des rapports mensuels d’activité des CCS ne montre pas de grandes différences dans la structure des diagnostics. De plus, les variations de prix subsistent, même lorsque l’on analyse séparément chaque diagnostic (cf. Tableau 55¹). La première hypothèse est donc pas ou peu vérifiée. Nous n’avons pas relevé le nombre d’anciennes consultations par rapport aux nouvelles. Il est vraisemblable qu’il varie d’un CCS à l’autre, mais probablement dans une fourchette étroite puisque partout les anciennes consultations sont beaucoup plus rares que les nouvelles. C’est donc essentiellement les nouvelles consultations qui influencent le prix moyen par épisode auprès d’un recours thérapeutique. D’ailleurs, le prix moyen au CCS de Toui, pour lequel nous ne disposons que des nouvelles consultations est très proche du prix moyen pour l’ensemble des CCS. Si nous ne pouvons pas écarter cette deuxième hypothèse, que nous ne pouvons tester rigoureusement, son influence sur les variations de prix des ordonnances est sans doute limitée. Reste donc la troisième hypothèse, qui joue probablement un rôle essentiel, bien que nous ne puissions le démontrer. Des habitudes de prescription par trop différentes d’un agent de santé à l’autre, pour des cas similaires, impliquent qu’une partie des traitements est erronée ou pour le moins suboptimale. Ce constat plaide pour un renforcement² de la supervision des agents de santé, pour la plupart demandeurs, et de la formation continue de ces agents... et des superviseurs!

Le prix moyen d’un épisode de maladie est-il identique dans les CCS et au CSSP de Ouessè? Les données des années 1992 et 1993 indiquaient que le CSSP était nettement plus cher que deux des CCS, pour les seules premières consultations. Voyons ce qu’il en est en 1994 si l’on compare le CSSP à l’ensemble des CCS, pour les nouvelles et anciennes consultations réunies (cf. Tableau 56).

Le prix moyen d’un épisode de maladie, toutes pathologies et tous CCS confondus, est de 800 FCFA dans un CCS, dont 690 FCFA pour les seuls médicaments. Il est de 960 FCFA au CSSP de Ouessè, dont 815 FCFA pour les médicaments et seulement 37 FCFA pour le laboratoire. Ce dernier chiffre indique bien combien les prestations du laboratoire sont marginales dans les soins ambulatoires au CSSP. Plusieurs catégories de diagnostics, dont les affections de l’appareil digestif et les affections uro-génitales, n’ont d’ailleurs donné lieu à aucune analyse. La prise en charge d’un épisode de maladie coûte donc 20 % plus cher au CSSP que dans un CCS, différence presque entièrement imputable aux seuls médicaments. Remarquons encore que le prix moyen enregistré en 1994 au CSSP de Ouessè est identique à celui relevé en 1993, ce qui implique en fait une légère diminution, puisqu’en 1993 seules les nouvelles consultations étaient comptabilisées.

Tableau 55 Prix moyen en FCFA des médicaments et prix moyen total par pathologie d’une nouvelle consultation ambulatoire et des éventuelles consultations

¹ Nous ne nous étendons pas sur le détail de ces chiffres, vu la taille souvent très restreinte des échantillons. La tendance à une grande variation des prix par pathologie d’un CCS à l’autre n’en est pas moins claire.

² Certains agents de santé des CCS ont parlé de supervisions “rapides”, tandis qu’un rapport du PMSBS (1993) parle “d’une supervision administrative” et de la rareté de la supervision de l’activité curative, qui constitue pourtant la principale activité des CCS.

subséquentes dans les CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (source: échantillons de patients pris dans les feuilles de comptes des commis).

	Maternité Challa Ogoï (curatif)			Dispensaire Kokoro			Dispensaire Tosso		
	N épisodes	Méd.	Tot.	N épisodes	Méd.	Tot.	N épisodes	Méd.	Tot.
Paludisme	22	563	698	16	422	527	35	371	470
Aff. app. respirat.	8	553	628	6	470	583	14	503	586
Aff. app. digestif	16	442	566	14	425	527	5	408	468
Aff. des sens	8	413	578	4	285	335	2	375	425
Aff. uro-génitales	15	1170	1287	7	1246	1367	0	–	–
Traumatismes	1	100	275	6	733	1004	2	588	725
Dermatoses	14	545	651	11	921	1110	11	359	431
Mal défini et autres	0	–	–	3	367	433	1	300	475
Ensemble	84	625	747	67	612	742	70	403	493

	Mat. Gbanlin (curatif)			CCS Kémon (curatif)			Dispensaire Toui			Dispensaire Kilibo		
	N épisodes	Méd.	Tot.	N épisodes	Méd.	Tot.	N(NC)	Méd.	Tot.	N épisodes	Méd.	Tot.
Paludisme	27	563	648	33	918	1039	31	544	651	15	826	956
Aff. app. respirat.	9	788	893	25	1122	1216	13	914	1040	8	984	1109
Aff. app. digestif	11	488	558	12	653	774	12	743	850	5	876	991
Aff. des sens	1	400	500	3	478	545	7	514	635	2	945	1083
Aff. uro-génitales	2	695	795	11	1412	1532	11	982	1064	1	2500	2600
Traumatismes	0	–	–	1	1440	1615	7	722	979	4	800	900
Dermatoses	8	408	502	15	928	1034	6	750	925	2	800	938
Mal défini et autres	2	275	325	5	516	606	0	–	–	5	530	645
Ensemble	60	555	640	105	963	1073	87	708	833	42	869	991

En moyenne, le prix des ordonnances est de 18 % plus élevé au CSSP que dans les CCS. Cette différence varie cependant fortement d'une pathologie à l'autre. Le prix moyen d'une ordonnance est identique ou presque pour le paludisme, les traumatismes, les affections ostéo-musculaires et la malnutrition. Il est 1,7 fois plus élevé dans les CCS qu'au CSSP pour les affections des sens. Le prix est par contre plus élevé au CSSP pour les affections de l'appareil respiratoire, les affections de l'appareil digestif, les affections uro-génitales et les dermatoses.

Une enquête nationale sur les dépenses en pharmacie a été menée dans plusieurs pharmacies du Bénin fin 1987 et début 1988, époque où il n'y avait souvent pas de médicaments dans les services de santé publics (SODOGANDJI, 1990). Ces derniers devaient bien souvent se contenter de délivrer des ordonnances aux patients. C'est pourquoi la moitié des clients de l'enquête étaient munis d'une ordonnance. Comme l'accessibilité aux dépôts pharmaceutiques et aux pharmacies est limitée en milieu rural, tous les patients ne pouvaient pas convertir ces ordonnances en médicaments, ou alors avec un certain délai. De plus, le prix des médicaments était élevé par rapport au pouvoir d'achat moyen, puisqu'il s'agissait de spécialités importées et

cédées par des privés. Il était alors fréquent que les malades ne pussent pas honorer l'ensemble de la facture et qu'ils demandaient au pharmacien de leur délivrer seulement les médicaments qui lui paraissait indispensables.

Tableau 56 Comparaison du prix moyen par pathologie (en FCFA) de la prise en charge ambulatoire d'un épisode de maladie au CSSP de Ouessè et dans un CCS, en 1994 (source: échantillons de patients pris dans les feuilles de comptes des commis).

	Tous les dispensaires ensemble			CSSP de Ouessè (ambulatoire)			
	N(NC+AC)	Médic.	Total	N(NC+AC)	Médic.	Laboratoire	Total
Paludisme	176	603	712	42	607	68	786
Aff. app. respiratoire	83	833	935	20	1116	10	1204
Aff. app. digestif	75	554	658	21	630	0	700
Affections des sens	27	463	576	6	273	0	365
Aff. uro-génitales	47	1202	1311	12	1629	0	1744
Traumatismes	21	732	944	16	783	0	926
Aff. ostéo-muscul.	10	411	516	1	450	0	625
Malnutrition	3	593	743	2	590	800	1528
Dermatoses	67	672	791	21	885	29	1030
Mal défini et autres	6	350	413	0	—	—	—
Ensemble	515	688	800	141	815	37	958

Une ordonnance comptait en moyenne 2,23 médicaments (SODOGANDJI, 1990). Presque deux personnes sur cinq n'achetaient pas tous les médicaments prescrits et cela dans plus de deux cas sur cinq parce qu'elles manquaient d'argent, dans un peu moins de deux cas sur cinq parce que ce médicament était en rupture de stock et dans presque un cas sur cinq parce que le malade disposait déjà de ce médicament. Près de 4 % des acheteurs avaient dépensé moins de 500 FCFA, 17 % entre 500 et 1'000 FCFA, 29 % entre 1'000 et 2'000 FCFA, 20 % entre 2'000 et 3'000 FCFA, autant entre 3'000 et 5'000 FCFA et 10 % plus de 5'000 FCFA. Le prix moyen par acheteur avec une ordonnance était de 2'549 FCFA (2'612 FCFA en milieu urbain, 2'916 FCFA en milieu périurbain et 2'086 en milieu rural). Une autre enquête menée en 1988 fournit, pour une maladie ressentie comme grave, un coût total des médicaments d'environ 9'000 FCFA au CSSP de Banté et de 11'800 FCFA à celui de Tori Bossito (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). Tous ces montants sont bien plus élevés que les 688 FCFA et 815 FCFA dépensés en moyenne en 1994 respectivement dans les CCS et le CSSP de la sous-préfecture de Ouessè pour un épisode, après l'introduction des médicaments essentiels vendus sous leur nom générique.

Sans surprise, le prix moyen d'une hospitalisation au CSSP de Ouessè est bien plus élevé que celui d'un épisode de maladie traité ambulatoirement: respectivement 2'340 FCFA en 1992 et 3'650 en 1994, contre environ 950 FCFA en 1993 et 1994 (cf. Tableau 57). Si le rapport des prix entre soins ambulatoires et hospitalisations est de 1 à 2,5 en 1992, il est de 1 à 3,8 en 1994. Les prix unitaires de la consultation initiale, de l'hospitalisation et des médicaments n'ayant pas changé entre ces deux dates, il est bien difficile d'expliquer une pareille augmentation du coût moyen d'une hospitalisation (+ 56 % et encore + 32 % si l'on omet un cas chirurgical très cher, type de prestations n'existant pas en 1992). La taille de l'échantillon étant relativement faible en 1994, il se peut qu'une partie de la différence résulte de variations aléatoires. Mais il semble

bien que le volume des médicaments et des analyses de laboratoire prescrits ait augmenté entre 1992 et 1994. En 1994, les ordonnances constituent 50 % du coût total d'une hospitalisation et les analyses 16 %.

Tableau 57 Prix moyen en FCFA par pathologie d'une hospitalisation au CSSP de Ouessè, en 1992 et en 1994 (source: échantillons de patients pris parmi les copies de quittances en 1992 et dans les feuilles de comptes du commis en 1994).

	1992		Septembre 1994			
	N	Total	N	Médec.	Labo.	Total
Paludisme	91	2022	24	1934	833	3349
Aff. app. respirat.	12	2259	2	3770	0	4595
Aff. app. digestif	12	2129	7	1868	457	2932
Traumatismes	4	1480	5	861	0	1888
Morsures serpents	5	9368	0	—	—	—
Mal défini et autres	32	2358	3	1195	333	2153
Ensemble	156	2339	41	1827	590	3650

Vu les faibles effectifs disponibles, nous ne dégagerons que quelques tendances quant aux prix moyens par pathologie. En 1992, le prix moyen d'une hospitalisation varie peu pour les principaux diagnostics (paludisme, affections de l'appareil respiratoire, affection de l'appareil digestif, autres et mal défini). Les traumatismes reviennent par contre moins cher que la moyenne (– 37 %) et les morsures de serpents beaucoup plus cher (+ 300 %) en raison de la cherté des ampoules de sérum antivenimeux (5'000 FCFA l'unité). En 1994, la faiblesse relative du prix d'une hospitalisation pour traumatisme se confirme (– 48 % par rapport à la moyenne). Une hospitalisation pour paludisme revient, comme en 1992, un peu moins cher que pour la moyenne des diagnostics. En 1994, le quart du prix moyen d'une hospitalisation pour paludisme relève des analyses de laboratoires. Il s'agit alors plus de contrôler l'anémie et d'y remédier au moyen d'une transfusion sanguine que de confirmer un diagnostic de paludisme.

Tout comme nous avons examiné si le type de pathologies influence le prix moyen de l'ensemble des consultations dans un service de santé donné pour le même épisode, nous examinerons maintenant l'influence du sexe et de l'âge sur ces prix, en 1994. Nous ne chercherons pas à distinguer d'éventuelles différences entre les CCS, nous contentant d'opposer l'ensemble des CCS au CSSP de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires, puis d'examiner la situation pour les hospitalisations au CSSP.

Pour les prestations ambulatoires, la facture d'un épisode est plus élevée pour les femmes que pour les hommes, et cela aussi bien dans les CCS qu'au CSSP (cf. Tableau 58). Dans un CCS, les hommes paient en moyenne 750 FCFA, contre 870 FCFA pour les femmes (+ 17 %). Ces valeurs sont respectivement de 870 et 1'050 FCFA au CSSP, soit une différence relative du même ordre de grandeur que dans les CCS (+ 20 %). Ainsi, le prix moyen pour un homme au CSSP est le même que pour une femme au CCS. Ces différences de prix total entre les sexes découlent essentiellement d'ordonnances plus chères pour les femmes que pour les hommes (+ 110 FCFA dans les CCS et + 100 FCFA au CSSP). Même si le prix des analyses de laboratoire pèse très peu dans le prix moyen total au CSSP, il est à remarquer que les femmes paient en moyenne 3,5 fois plus que les hommes pour ce type de prestations. Les femmes hospitalisées au CSSP paient apparemment beaucoup plus cher que les hommes (3'970 contre

3'100 FCFA). Cet écart important résulte du fait que notre échantillon comporte un seul cas d'intervention chirurgicale et qu'il s'agit d'une césarienne. Si l'on omet ce cas, les femmes paient en moyenne le même montant que les hommes (3'070 FCFA). Ce cas particulier n'influence par contre que très peu le prix des médicaments et des analyses de laboratoire. Les femmes paient un peu moins que les hommes pour les médicaments (– 10 %) et plus pour les analyses (+ 18 %). En définitive, les femmes sont désavantagées par rapport aux coûts de la santé pour des soins curatifs ambulatoires, mais ce surcoût relatif n'existe plus dès lors qu'il y a hospitalisation.

Tableau 58 Prix moyen en FCFA par sexe et âge d'un épisode ambulatoire et d'une hospitalisation dans les CCS et au CSSP de Ouessè, en 1994 (source: échantillons de patients pris dans les feuilles de comptes du commis en 1994).

	Tous CCS			CSSP (ambulatoire)				CSSP (hospitalisation)			
	N	Médic.	Total	N	Médic.	Labo.	Total	N	Médic.	Labo.	Total
Hommes	285	637	745	72	767	17	874	15	1955	527	3104
Femmes	230	751	869	69	866	59	1045	26	1754	627	3965
< 1 an	93	515	613	20	640	0	742	7	1409	1043	3035
1–4 ans	134	467	572	29	715	154	974	20	1344	715	2740
5–14 ans	56	636	757	23	1002	0	1113	1	1365	0	1975
≥ 15 ans	232	897	1017	69	846	12	962	13	2832	200	5510
Ensemble	515	688	800	141	815	37	958	41	1827	590	3650

Dans les dispensaires, le prix des consultations correspondant à un épisode de maladie tend à augmenter avec l'âge des patients. Il est d'environ 600 FCFA pour les enfants de moins de 5 ans, de 760 FCFA pour les enfants de 5 à 14 ans et de 1'020 FCFA pour les adultes. Le prix moyen des médicaments est toujours inférieur d'environ 100 FCFA – le prix d'une nouvelle consultation – au prix total. La tendance est un peu différente au CSSP. Après une augmentation régulière de 740 à 1'110 FCFA pour les trois catégories d'âge des enfants, le prix moyen pour les adultes (960 FCFA) redescend au niveau de celui des enfants de 5 à 14 ans. Pour un adulte, il n'est pas plus cher de suivre un traitement curatif ambulatoire au CSSP que dans un CCS. La différence de prix reste modérée pour les enfants de moins d'un an (+ 21 % au CSSP par rapport au CCS); elle devient énorme pour les enfants de 5 à 14 ans (+ 47 %) et plus encore pour ceux de 1 à 4 ans (+ 79 %). Il est à relever que les enfants de 1 à 4 ans sont pour ainsi dire la seule catégorie d'âge qui enregistre des frais de laboratoire (150 FCFA en moyenne) pour les consultations ambulatoires. Il semble que les enfants de moins d'un an nécessitant de tels examens soient systématiquement hospitalisés.

Pour les patients hospitalisés au CSSP, le prix total est nettement plus élevé pour les adultes que pour les enfants (environ 2'800 FCFA contre 5'550). Cet écart se réduit toutefois considérablement si l'on omet le cas de césarienne. Le coût total pour les adultes n'est alors plus que de 3'780 FCFA, soit encore bien plus que pour les enfants. Pour ces derniers, le prix des prestations de laboratoire constitue une part appréciable du total: plus du tiers pour les enfants de moins d'un an et plus du quart pour ceux de 1 à 4 ans. Environ la moitié des enfants de moins de 5 ans hospitalisés ont subi des examens de laboratoire, dans 12 cas sur 14 pour un paludisme. Tout comme pour les soins ambulatoires, la part du laboratoire est marginale dans le prix total pour les adultes.

Comme le coût d'une nouvelle consultation ambulatoire est de 100 FCFA, quel que soit l'âge, l'augmentation du prix total avec l'âge résulte d'une hausse du prix des ordonnances. Cette dernière pourrait partiellement s'expliquer par le fait que les doses administrées doivent être modulées en fonction de l'âge. Cette hypothèse ne rend par contre pas compte du prix moyen d'une ordonnance moins élevé pour les adultes que pour les enfants de 5 à 14 ans au CSSP de Ouessè.

Comment se conjuguent le surcoût relevé pour les femmes et la tendance à l'augmentation des prix avec l'âge pour les consultations ambulatoires? Nous nous contenterons d'opposer, selon le sexe, les enfants aux adultes. Au CSSP, les adultes des deux sexes paient en moyenne quasiment le même montant. Les dépenses pour les filles y sont par contre nettement plus élevées que pour les garçons (1'130 contre 820 FCFA, soit 38 % de plus). Conformément à la tendance générale, les garçons paient un peu moins que les hommes adultes (- 14 %). Cela n'est plus vrai pour les filles, pour lesquelles le coût moyen total est de 16 % supérieur à celui des femmes adultes. Dans les CCS, le prix moyen total pour les femmes adultes est à peine plus élevé que pour les hommes adultes (1'050 contre 990, soit 6 % de plus). L'écart entre les filles et les garçons y est par contre à nouveau plus marqué (respectivement 690 et 580 FCFA, soit 20 % de plus). Dans les CCS l'écart entre enfants et adultes d'un même sexe est bien marqué: les garçons paient 42 % de moins que les hommes et les filles 34 % de moins que les femmes.

En conclusion, le surcoût que doivent supporter les femmes dans les services de santé publics est essentiellement dû aux filles, les femmes adultes payant à peine plus que les hommes. Nous ne saurions dire si ces différences sexuelles de dépenses pour les filles sont justifiées d'un point de vue médical. Il est néanmoins réjouissant de constater que les parents de la sous-préfecture de Ouessè qui ont recouru aux services de santé publics pour leurs enfants sont prêts à dépenser plus pour leurs filles que pour leurs garçons, alors que plusieurs études signalent une attitude discriminatoire envers les filles pour l'accès aux soins (cf. partie IV, chap. 2a).

Prix des accouchements et des consultations prénatales dans les services de santé publics, selon les pièces comptables

Les activités relevant de la santé maternelle et infantile constitue une part importante de l'activité des services de santé publics. Tout comme pour les soins curatifs, nous avons relevé les prix moyens pratiqués par les deux plus fréquentes d'entre elles, si l'on excepte la vaccination: les accouchements et les consultations prénatales. Pour ces dernières, nous avons distingué la première consultation prénatale (NC), pour une grossesse donnée, des consultations ultérieures (AC), puisque le paiement forfaitaire s'effectue lors de la première visite.

Le coût moyen d'un accouchement dans une maternité de CCS varie de 780 FCFA à Kilibo à 1'380 FCFA à Toui, soit 77 % de plus (cf. Tableau 59). En fait, deux groupes de maternités s'opposent par les prix pratiqués pour les accouchements. Il y a tout d'abord celles de Kilibo et de Gbanlin, avec un prix moyen d'environ 800 FCFA. Il y a ensuite celle de Challa Ogoï, de Kémon et de Toui, avec des coûts moyens allant de 1'200 à 1'380 FCFA. Les différences de prix pour les seuls médicaments sont encore plus importantes. C'est la maternité de Kilibo qui prescrit le moins lors d'un accouchement (271 FCFA) et celle de Toui le plus (860 FCFA, soit presque 3,2 fois plus). Trois maternités de CCS prescrivent peu (Kilibo, Kémon et Gbanlin), alors que deux prescrivent beaucoup (Challa Ogoï et Toui). Kémon est la seule maternité de CCS qui facture 1'000 FCFA pour un accouchement, contre 500 FCFA ailleurs. Mais au total, le prix moyen d'un accouchement y atteint à peine celui relevé à Toui, qui prescrit le plus de médicaments.

Au delà d'une certaine variabilité des besoins réels en fonction des cas qui se présentent ces différences de prix des ordonnances dénotent des habitudes de prescription fort diverses d'une sage-femme ou infirmière à l'autre. Une autre manière de l'appréhender est de relever la proportion par maternité d'accouchements avec prescription d'au moins un médicament. A Toui, toutes les parturientes reçoivent des médicaments. C'est le cas de 60 % des parturientes de Challa Ogoï, d'environ la moitié de celles de Gbanlin et de seulement 36 % de celles de Kémon. Si l'on s'en tient au coût d'une ordonnance pour les seules parturientes qui ont reçu des médicaments, c'est à la maternité de Challa Ogoï qu'il est le plus élevé (1'150 FCFA) et à celle de Kilibo qu'il est le plus bas (570 FCFA). L'infirmière de Kémon prescrit rarement en cas d'accouchement. Lorsqu'elle est amenée à le faire, le montant moyen est de 810 FCFA, soit presque autant qu'à la maternité de Toui où des médicaments sont toujours prescrits. La sage-femme de Kilibo, par contre, fait peu d'ordonnances, qui sont alors d'un faible coût.

Quel que soit l'indicateur retenu – coût moyen par accouchement, coût moyen par consommatrice de médicaments, proportion de consommatrices –, l'image générale qui se dégage est celle d'une grande variabilité des pratiques obstétricales. Ce qui pose la question de leur justification et termes financiers et plus encore médicaux. N'y a-t-il pas dans certains cas surmédicalisation de l'accouchement? Certaines sages-femmes et infirmières ne sont-elles pas trop pressées d'utiliser l'ocytocine¹. Nous sortons là de notre champ de compétence. Mais il y aurait sans doute là matière à un séminaire lors des COGES mensuels et à une attention soutenue du médecin-chef lors de la supervision mensuelle des services des santé de la sous-préfecture.

Tableau 59 Prix moyen des accouchements (médicaments et total) et des consultations prénatales (nouvelles et anciennes consultantes) en FCFA dans les maternités des CCS, en 1994 (source: échantillons de parturientes pris dans les feuilles de comptes des commis).

	Mat. Challa Ogoï			Mat. Kémon			Mat. Gbanlin			Mat. Toui			Mat. Kilibo		
	N	Méd.	Tot.	N	Méd.	Tot.	N	Méd.	Tot.	N	Méd.	Tot.	N	Méd.	Tot.
Accouch.	15	691	1198	25	293	1293	8	344	844	32	859	1377	21	271	779
CPN (NC)	26	397	966	15	99	659	16	399	974	12	590	765	19	293	851
CPN (AC)	33	493	493	?	?	?	18	703	703	36	231	314	8	354	354

En moyenne, accoucher dans une maternité de CCS revient à 1'160 FCFA dans la sous-préfecture de Ouessè, dont 530 FCFA pour les seuls médicaments (45 %). Accoucher au CSSP de Ouessè, premier niveau de référence revient à 1'430 FCFA, dont 430 FCFA pour les médicaments (30 %, cf. Tableau 60). Précisons que l'échantillon des accouchements au CSSP ne comporte aucun cas de césarienne, qui coûte au moins dix fois plus cher. Ainsi, accoucher dans un service de santé d'un niveau directement supérieur aux CCS ne revient pas beaucoup plus cher (+ 23 %) et ce surcoût résulte uniquement du prix forfaitaire pour l'accouchement deux fois plus élevé au CSSP – 1'000 FCFA – que dans les maternités de CCS (Kémon excepté). Étonnamment, et contrairement à ce que nous avons relevé pour les soins curatifs, les médicaments prescrits pour l'accouchement reviennent même moins cher au CSSP que dans les CCS (– 19 %).

Les femmes accouchant au CSSP de Ouessè proviennent presque toutes des trois communes (Ouessè, Laminou et Odougba) que ce service de santé dessert aussi pour les soins de

¹ Hormone naturelle provoquant les contractions de l'utérus durant un accouchement. L'ocytocine accélère l'accouchement... si elle est administrée après dilatation totale du col de l'utérus.

santé de base, en plus de sa fonction officielle d'hôpital de référence pour toute la sous-préfecture. Rares sont les femmes qui y sont référées par une maternité de CCS pour y accoucher. D'ailleurs, avant l'ouverture du bloc opératoire au printemps 1994, le CSSP n'offrait guère d'avantages sur une maternité de CCS pour les parturientes. Tout au plus, la probabilité d'y être accouchée par une vraie sage-femme plutôt que par une infirmière fonctionnant comme sage-femme y est plus élevée. En matière d'obstétrique, les médecins généralistes ne semblent pas plus compétents que les sages-femmes, si ce n'est moins, en tous cas pour les aspects pratiques. Ils n'interviennent d'ailleurs pratiquement pas dans la maternité. Dans ces conditions, il ne paraît guère justifié de pénaliser les habitantes de ces trois communes en pratiquant un prix forfaitaire d'accouchement deux fois plus élevé que dans un CCS. Le bénéfice de disposer d'un service de santé d'un niveau intermédiaire pour les prestations de base se retourne en quelque sorte contre elles. Pour les soins curatifs ambulatoires, les patients de ces trois communes n'ont pas à supporter des coûts unitaires supérieurs à ceux pratiqués dans les dispensaires de CCS, pour des prestations ici encore guère supérieures.

Le prix des premières consultations prénatales varie aussi passablement d'une maternité de CCS à l'autre (cf. Tableau 59). Il est minimal à la maternité de Kémon (660 FCFA) et maximal à la maternité de Challa Ogoï (970 FCFA), soit 47 % de plus. Les premières consultations prénatales à la maternité de Gbanlin sont presque aussi chères qu'à celle de Challa Ogoï.

Le type et le volume des médicaments cédés lors des consultations prénatales sont standards, à l'exception d'éventuels médicaments spécifiques prescrits en cas de maladie pendant la grossesse. Il est donc étonnant de relever que le prix des médicaments prescrits lors de la première consultation prénatale varie de 100 FCFA (Kémon) à 590 FCFA (Toui), soit dans un rapport de 1 à 6.

La capacité financière des femmes ou leur volonté à payer ce genre de prestations¹ expliquent partiellement ces différences. Ainsi, la sage-femme en poste à Toui en 1992 affirmait que les "femmes achètent bien", alors qu'à la même date celle de Kémon disait que les habitants de Kémon avaient de la peine à payer, qu'ils ne voulaient pas dépenser pour leur santé², ce qui se traduirait selon elle par un important recours à la phytothérapie gratuite et, parfois, par le refus total ou partiel de la prophylaxie lors des consultations prénatales. Il convient de préciser, pour cette commune, que la récente ouverture d'un CCS et l'arrivée d'une infirmière ont fait passer le coût des consultations prénatales sans médicaments de 50 FCFA l'unité, dispensées par un matrone, à 575 FCFA pour l'ensemble d'une grossesse. Même si la prestataire de soins est désormais plus qualifiée, la pilule est amère. La sage-femme de Challa Ogoï, commune qui n'a pourtant pas connu d'augmentation du prix des consultations prénatales, fait le même constat qu'à Kémon, tout en le généralisant sous forme d'un jugement moral: "Les *Nagot* ne veulent pas payer. Ils ne font pas de prévention. Ils achètent les médicaments seulement s'ils ont déjà le paludisme. Ils n'aiment pas acheter s'ils sont en bonne santé." Cette affirmation globalisante sur les *Nagot* est aussitôt démentie par la précision suivante: "A Challa Ogoï les femmes achètent sans problème les médicaments, mais pas dans les villages alentours." Or Challa Ogoï est précisément un village *nagot*, alors que deux des cinq autres villages de la commune sont majoritairement non *nagot*. A une autre occasion, cette sage-femme dira que c'est

¹ A la maternité de Toui, rares sont les maris qui paient pour les consultations prénatales de leurs épouses. Mais ce sont généralement eux qui assument les dépenses de santé pour leurs enfants. A la maternité de Gbanlin au contraire, les maris paient presque toujours les consultations prénatales de leurs femmes. "Elles attendent l'argent du mari. Elles viennent donc souvent trop tard, vers 6 ou 7 mois, alors qu'il faudrait venir dès 3 mois. La plupart viennent à partir de 5 mois". Il se peut que cette différence de pratique soit imputable à l'appartenance ethnique différente des habitants de ces deux communes.

² La sage-femme de Kémon reconnaissait tout de même que "s'ils sont vraiment malades, ils paient". C'est surtout les dépenses relatives à la prévention qu'il est difficile d'encourager. Au début de l'année 1995, la nouvelle infirmière de Kémon relevait aussi que beaucoup de femmes refusaient d'acheter les médicaments après la première visite prénatale.

principalement lors de la première consultation prénatale, quand elles doivent payer l'ensemble des consultations, qu'elles n'ont pas toujours assez d'argent pour acheter des médicaments en plus.

Nous avons pu vérifier que toutes les premières consultations effectuées par les femmes de notre échantillon à Toui et à Gbanlin ont été accompagnées de vente de médicaments, qui plus est, jamais réduits à la seule chloroquine. Par contre dans les autres maternités les femmes n'ont rien acheté lors de la première consultation dans 10 cas sur 26 à Challa Ogoï, dans 10 cas sur 15 à Kémon et dans 6 cas sur 19 à Kilibo (plus un cas d'achat limité à la chloroquine). Lors des consultations suivantes, les femmes enceintes achètent toujours au moins la chloroquine, généralement plus, sauf à Toui où un quart d'entre elles n'ont absolument rien acheté. Il existe donc bien des communes dans lesquelles les femmes n'ont pas les moyens d'acheter les médicaments préventifs préconisés pour une grossesse, surtout lors de la première consultation qui revient déjà à 575 FCFA sans le moindre médicament. C'est seulement dans la commune de Gbanlin et aussi dans les trois communes desservies par le CSSP, communes relativement riches, que les femmes ont presque toujours acheté ce qu'on leur a prescrit. Les variations spatiales de capacité financière des femmes expliquent donc partiellement les variations des prix moyens pour les médicaments.

Mais ce n'est pas la seule cause. On relève en effet de grandes variations de prix entre les maternités pour les traitements préventifs considérés comme standards dans chaque maternité. Ce qui revient à dire que, les prix unitaires des médicaments étant uniformes dans tous les services de santé de la sous-préfecture, le traitement préventif standard proposé à l'échelle nationale n'est pas partout respecté dans la sous-préfecture de Ouessè. Ainsi, l'ordonnance standard pour les médicaments prescrits lors de la première consultation prénatale est de 590 FCFA à Challa Ogoï (avec beaucoup d'ordonnances d'un coût différant de cette valeur), de 480 FCFA à la maternité du CCS de Toui, de 270 FCFA à Kémon, de 240 FCFA à Gbanlin et de 225 FCFA au CSSP de Ouessè. Le prix des ordonnances est si variable à Kilibo qu'on ne peut pas y discerner une ordonnance type. Tout comme pour les accouchements, on relève donc d'importantes variations dans les habitudes de prescription du personnel assurant les consultations prénatales.

Le paiement de tout le suivi de grossesse étant effectué lors de la première consultation, le prix moyen des consultations ultérieures se réduit au prix des médicaments prescrits, à l'exception de Toui où chaque consultation prénatale est facturée 100 FCFA. Ici encore, le prix moyen d'une ordonnance varie beaucoup d'une maternité à l'autre. De plus, dans chaque maternité ce prix est souvent très différent du prix relevé pour la première consultation, alors qu'il s'agit seulement en principe de renouveler l'ordonnance pour le fer/acide folique et la chloroquine (mais pas pour le vermifuge), à moins qu'une pathologie durant la grossesse vienne modifier l'ordonnance standard. Dans les faits, les prix d'une ordonnance pour une ancienne consultation prénatale sont partout si divers que l'on ne peut plus parler de traitements standards, même propres à chaque maternité. Cette diversité des prix et donc des traitements ne manque pas d'étonner. Est-ce à dire que ce sont essentiellement des femmes subissant des complications de grossesse ou diverses autres maladies qui effectuent plus d'une consultation prénatale? Cela pourrait partiellement être le cas à Challa Ogoï et surtout à Gbanlin où le prix d'une ordonnance est nettement plus élevé pour les anciennes consultations que pour les premières (700 contre 400 FCFA à Gbanlin). Par contre, le prix moyen de l'ordonnance s'effondre à Toui (590 FCFA pour les nouvelles consultations et 230 FCFA pour les anciennes) où, nous l'avons vu, de nombreuses femmes n'achètent plus de médicaments, contrairement à ce que toutes faisaient lors des premières consultations. Le prix moyen d'une ordonnance par maternité pour les nouvelles consultations et le degré de compliance des femmes enceintes

n'indiquent donc pas que la consommation médicale des femmes s'inscrira dans la continuité pour les consultations ultérieures.

Les habitudes de prescription des agents de santé semblent plus perturbées pour les consultations prénatales que pour les soins curatifs par la capacité financière des patients. S'il n'est pas exceptionnel qu'un infirmier doive revoir à la baisse son ordonnance devant le manque de liquidités d'un patient, ce n'est de loin pas aussi fréquent que lors des consultations prénatales. Il est sans doute plus difficile d'investir pour le futur, surtout si la femme a le sentiment que sa grossesse se déroule bien, que de dépenser pour un besoin réel et immédiat. La grande majorité des femmes restent néanmoins très attachées aux contrôles durant leur grossesse. Il conviendrait aussi de s'interroger sur qui paie ces consultations prénatales. En principe, la charge des soins revient au chef de ménage. Il n'est pas exclu que celui-ci soit moins enclin à payer des médicaments lorsqu'ils sont destinés à la prévention. Les femmes bénéficient bien d'une large autonomie financière, mais leurs ressources sont généralement bien inférieures à celles des hommes.

Tableau 60 Comparaison du prix moyen des accouchements (médicaments et total) et des consultations prénatales en FCFA entre l'ensemble des maternités de CCS et la maternité du CSSP, en 1994 (source: échantillons de parturientes pris dans les feuilles de comptes des commis).

	Toutes les maternités de CCS			Maternité du CSSP de Ouessè		
	N	Médic.	Total	N	Médic.	Total
Accouchements	101	531	1163	41	428	1430
CPN (NC)	88	350	856	69	231	805
CPN (AC)	95	422	469	?	?	?

Toutes maternités de CCS confondues une nouvelle consultation prénatale revient en moyenne à 860 FCFA, dont 350 FCFA pour les seuls médicaments (41 % du total, cf. Tableau 60). Pour les anciennes consultations, ces chiffres sont respectivement de 470 et 420 FCFA et de 90 %. C'est la facturation séparée de chaque consultation prénatale à Toui (100 FCFA) qui explique pourquoi le prix moyen d'une ancienne consultation ne se réduit pas tout à fait à celui des médicaments. En moyenne, le prix d'une ordonnance pour une ancienne consultation est d'un cinquième plus élevé que celui pour une nouvelle consultation, alors que l'on s'attendrait à l'inverse, puisque le vermifuge n'est prescrit que lors de la première visite (et une deuxième fois au cours de la grossesse, dans certaines maternités). Il est possible que certaines femmes renoncent à prendre tous les médicaments prescrits lors de la première consultation, car elles doivent aussi payer à ce moment le prix forfaitaire de l'ensemble des consultations prénatales.

Contrairement aux accouchements, le prix d'une nouvelle consultation prénatale n'est pas plus cher à la maternité du CSSP que dans les maternités de CCS (respectivement 810 et 860 FCFA). Le montant moyen des ordonnances y est même sensiblement inférieur (– 34 %). Contrairement à ce que nous avons relevé pour les soins curatifs, la plus grande diversité de médicaments disponibles ne conduit donc pas à une surprescription, bien au contraire. Il convient toutefois de remarquer que la diversité des besoins en médicaments est bien plus faible pour les consultations prénatales que pour les soins curatifs. Pour la maternité du CSSP, il nous a été impossible de connaître le prix des ordonnances pour les anciennes consultations prénatales.

Tout comme nous l'avons relevé pour les soins curatifs dans les services de santé publics, l'introduction des médicaments essentiels vendus sous leur nom générique a fortement limité le

coût d'une ordonnance de consultation prénatale. En 1994, l'ordonnance moyenne ne coûtait que de 230 à 420 FCFA, selon qu'il s'agissait d'une ancienne ou d'une nouvelle consultation dans un CCS ou dans un CSSP. En 1988, le coût moyen d'une ordonnance approchait des 2'800 FCFA dans le district (sous-préfecture) de Tori Bossito, mais seules 38 % des utilisatrices en recevaient une (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988).

Comparaison des prix relevés dans les services de santé et des coûts déclarés par les malades

Nous avons, d'une part, analysé les prix des prestations médicales fournies en 1994 par les services de santé modernes formels desservant la sous-préfecture de Ouessè, en nous appuyant sur les pièces comptables produites par ces services. Nous avons aussi, d'autre part, étudié les coûts de santé déclarés par les patients, en particulier ceux correspondant à la fréquentation de ces services de santé au tout début de l'année 1995. Dans les deux cas, c'est l'ensemble des coûts médicaux occasionnés par toutes les consultations et, le cas échéant, hospitalisations liées à un épisode de maladie donné dans un service de santé donné qui ont été enregistrés. Le décalage temporel (6 à 8 mois) entre les deux séries de données ne devrait pas porter à conséquence, puisque nulle part les prix unitaires n'ont été modifiés durant cette période. De même, le fait que nous ayons comparé les coûts déclarés pour les premiers recours extérieurs dans un service de santé donné, de loin les plus nombreux, au prix moyen officiel des consultations sans tenir compte de leur position dans les itinéraires thérapeutiques des patients ne devrait introduire qu'une distorsion minime. On devrait donc observer une forte convergence entre ces deux séries de données.

Or il n'en est rien. Pour les deux types de services de santé publics, les coûts déclarés a posteriori par les patients ou par les responsables de leur ménage sont nettement supérieurs aux prix relevés directement dans les services. Seule une comparaison approximative est possible pour l'hôpital Saint-Martin de Papané. Nous n'y avons en effet pas relevé les prix facturés, ceux-ci étant connus a priori, puisque forfaitaires. Toutefois, le prix forfaitaire pour les adultes est plus élevé que pour les enfants et certaines (rares) prestations sont hors forfait.

Pour les consultations ambulatoires au CSSP de Ouessè, le prix moyen officiel est de 958 FCFA (n = 141). Selon un échantillon 96 patients ayant recouru au moins une fois pour le même épisode à ce service, la dépense médicale moyenne a été de 2'850 FCFA, calculée pour des épisodes terminés, avec ou sans automédication préalable. Le prix déclaré est donc 3 fois supérieur au prix officiel. Ces valeurs sont respectivement de 800 et 1'890 FCFA en moyenne pour les CCS (respectivement 515 et 120 cas), soit un coût déclaré presque 2,4 fois plus élevé que le prix officiel. Le coût moyen déclaré pour les consultations curatives ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin est de 1'490 FCFA pour 43 cas. Les montants indiqués pour chaque patient concordent presque toujours avec les différents prix forfaitaires pratiqués (cf. Tableau 27). Les quelques écarts vont même plutôt en direction d'une minimisation par rapport aux prix forfaitaires.

Pour les hospitalisations au CSSP de Ouessè, le coût moyen déclaré (10'420 FCFA calculé pour 35 cas d'hospitalisation, que l'épisode soit fini ou non et quel que soit le moment de l'hospitalisation au sein de l'itinéraire thérapeutique) est presque 2,9 fois plus élevé que le prix moyen relevé (3'650 FCFA pour 41 cas). En fait, ces valeurs pour l'hospitalisation ne sont pas comparables car la proportion des deux catégories diagnostiques de loin les plus chères est trop différente d'un échantillon à l'autre. Si l'on excepte dans les deux échantillons les rares cas chirurgicaux et que l'on rajoute à l'échantillon permettant de calculer les prix facturés un nombre proportionnellement égal de morsures de serpents (prix disponibles pour 1992, cf. Tableau 57) que celui relevé dans l'autre échantillon, le coût moyen déclaré d'une hospitalisation diminue à 7'790 FCFA et le prix moyen relevé augmente à 3'900 FCFA. Le

rapport des coûts entre ces deux échantillons, plus comparables quant à leur structure par diagnostic, est alors de 2 à 1. A l'hôpital Saint-Martin, le coût moyen déclaré d'une hospitalisation est de 6'520 FCFA (cf. Tableau 35). Ici encore, les coûts déclarés pour chaque patient hospitalisé correspondent bien aux prix forfaitaires pratiqués pour les hospitalisations et les opérations chirurgicales.

Comment expliquer que pour les CCS et le CSSP les coûts déclarés soient deux à trois fois plus élevés que les prix relevés dans les pièces comptables de ces services, et cela aussi bien pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations; alors que dans le même temps ces deux types de coûts semblent bien concorder à l'hôpital Saint-Martin? Suite à une enquête nationale effectuée en 1991 auprès d'un échantillon de mères d'enfants de moins d'un an, Lévy-Brühl, Ndiaye et Diallo (1991) s'étonnent aussi de relever dans les services de santé publics des dépenses moyennes par épisode pour les médicaments de 1'500 FCFA, soit un montant beaucoup plus élevé que ceux fournis par le monitoring des activités de ces services.

On pourrait penser que les patients et leurs familles tendent plus ou moins consciemment à exagérer fortement les coûts supportés, afin de créer une certaine pression sur les décideurs, via le chercheur. Il s'agirait alors de montrer que l'on est dans le besoin, que l'on "souffre", que les prix sont déjà excessifs et qu'il faut les diminuer plutôt que de les augmenter, pour les adapter à la dévaluation du FCFA par exemple. Cette hypothèse est battue en brèche par le fait que les patients déclarent des coûts conformes aux prix réels pour les prestations reçues à l'hôpital Saint-Martin.

Une autre hypothèse est que nous n'avons pas pu retrouver l'ensemble des consultations pour un même épisode de maladie dans les pièces comptables d'un service de santé donné. Nous sommes parti du principe qu'un patient qui n'est pas revenu se faire soigner dans le même service dans les dix jours ne reviendra pas. De même, après une deuxième consultation dans le même services, nous avons examiné si le patient est revenu dans les dix jours suivants, etc. Au-delà de quelques pertes dues au non repérage sur la liste nominale de patients de personnes qui sont pourtant revenues dans les dix jours, cette méthode passe sous silence les patients qui espaceraient considérablement leurs visites pour le même épisode de maladie. Ce qui pourrait être le cas pour les épisodes les plus longs, tout particulièrement pour les maladies chroniques. Ces dernières sont toutefois rares dans notre échantillon, puisque nous avons mis l'accent sur les affections aiguës. Seuls 5,5 % des 1'335 cas recensés ont duré plus de 30 jours. Ils représentent toutefois presque 27 % de l'ensemble des dépenses de santé déclarées, transport compris, tous types d'itinéraires thérapeutiques confondus. Les longs épisodes pèsent donc de manière disproportionnée dans les coûts globaux de santé, tels que déclarés par les personnes interrogées. Comme ils ne sont pas parfaitement appréhendés par notre méthode de recueil des prix dans les services de santé, il y a là une explication potentielle, mais très partielle, à l'importante différence relevée entre prix officiels et coûts déclarés. Comme nous le verrons, lorsqu'un épisode s'allonge, le malade tend à passer à un autre recours thérapeutique plutôt que de multiplier les visites dans le même service de santé. Le nombre de patients perdus en nous contentant d'examiner les retours sur une période de dix jours est donc limité. De plus, si nous calculons le coût déclaré des prestations médicales pour les épisodes relativement brefs – moins de 15 jours – afin de supprimer cet effet de surcoûts dû aux longs épisodes, on constate toujours un grand décalage, certes un peu plus modéré, entre les prix officiels et les coûts déclarés.

Si les patients interrogés n'exagèrent pas ou peu, si l'effet des biais méthodologiques reste limité, comment expliquer alors l'ampleur de ce décalage? Il reste une dernière hypothèse, que l'introduction des commis aurait dû rendre caduque: les prix officiels des prestations médicales sont volontairement sous-évalués. Sans y répondre, Lévy-Brühl, Ndiaye et Diallo (1991) se demandaient également si les paiements effectués ne dépassent pas les tarifs officiels.

Cela impliquerait l'utilisation par les agents de santé de toute une série de stratégies pour contourner les contrôles pratiqués sur leurs stocks de médicaments, sur l'enregistrement des patients dans les registres, sur les pièces comptables, y compris sur les souches des reçus distribués aux patients, et sur les recettes des prestations et des médicaments. L'introduction des commis dans les CCS en 1994 constituent une des pièces maîtresse de ces contrôles, à côté de la supervision administrative du médecin-chef. S'il ne peut compter sur la complicité des commis – employés locaux nommés par la communauté à travers les comités de gestion communaux (COGEC) et payés par le financement communautaire pour défendre les intérêts des patients, la marge de manoeuvre pour frauder des agents de santé est fortement réduite.

La chaîne de contrôle comporte au moins deux maillons faibles: les anciens cas, tout particulièrement avant l'introduction des commis, et les consultations effectuées par l'infirmier de garde au CSSP. Contrairement aux nouveaux cas (ou nouvelles consultations), les anciens cas, gratuits, sont très peu documentés. Le patient n'est plus inscrit dans le registre de santé, avec le traitement prescrit et le prix facturé. Seule une coche dans la marge du registre permet de comptabiliser le nombre quotidien d'anciens cas. Avant l'introduction des commis dans les CCS, l'infirmier fournissait les médicaments tirés de sa pharmacie et délivrait un reçu. Il pouvait tout aussi bien prendre les médicaments dans sa propre réserve (médicaments achetés en gros par ses soins ou détournés de sa pharmacie officielle) les vendre au prix officiel ou plus cher et ne pas délivrer de reçu. Il suffisait dès lors de ne pas mettre la coche correspondant au passage d'un ancien consultant pour être parfaitement en règle par rapport à toutes les écritures et au stock de médicaments. Ce stratagème constitue en fait une privatisation partielle des activités des CCS. Si les médicaments vendus n'ont pas été détournés de la pharmacie officielle, il se traduit par un simple manque à gagner pour le financement communautaire.

De nombreuses variantes sont possibles: prendre le risque de fournir un reçu – indispensable pour les patients les mieux éduqués qui ne sont pas des amis – en tablant sur le fait que le superviseur ne contrôlera pas ou mal les souches de reçus, se limiter à frauder avec les patients les moins éduqués (les *Peul* semblent une cible privilégiée) qui ne vont pas demander de reçu ni se plaindre à qui que ce soit, prendre le risque de surfacturer certains médicaments avec ou sans reçu, la population et même probablement les superviseurs ne connaissant pas les prix des médicaments en dehors de quelques-uns très usuels (même leur nom est difficile à mémoriser puisque c'est le nom du principe actif qui est utilisé) et le superviseur attachant peu d'importance aux souches. La principale préoccupation des superviseurs est que la valeur du stock de médicaments dans les CCS additionné aux recettes de la vente des médicaments corresponde à la valeur des médicaments fournis aux CCS. A l'exception peut-être de la surfacturation, toutes ces manipulations – les Béninois diraient volontiers “dribbles” – sont plus risquées avec des nouvelles consultations, mieux documentées et sur lesquelles portent l'essentiel de la supervision. Ce manque d'information propre aux anciens cas empêche aussi toute analyse de la pertinence thérapeutique des médicaments vendus. Il est alors possible de surmédicaliser sans risque le patient.

Les descriptions de consultations recueillies auprès de la population suggèrent que l'utilisation de médicaments injectables est plus fréquente dans les services de santé publics que ne voudraient les recommandations thérapeutiques officielles, qui cherchent à lutter contre le goût jugé immodéré des patients pour les injections. Il serait facile pour les infirmiers, même ceux du CSSP qui disposent chacun d'une petite armoire sous clé pour stocker les médicaments de base nécessaires pendant les gardes, d'y entreposer les produits injectables et les seringues en vente libre sur le marché voisin. Un tel cas a d'ailleurs été mis en évidence durant l'un de nos séjours. En moyenne plus chers que les comprimés, la vente de médicaments injectables en plus de l'ordonnance officielle pourrait faire rapidement augmenter le coût moyen total d'une consultation.

Pour chaque nouveau cas, le nombre officiel d'anciens cas est extrêmement faible¹. Il varie de 0,17 à 0,27 au CSSP de Ouessè pour les années 1992 à 1994 et en moyenne de 0,09 à 0,12 pour l'ensemble des CCS durant la même période (cf. Tableau 16). Pour l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture, on relève de 0,13 à 0,2 anciens cas pour un nouveau cas. En 1994, le nombre d'anciens cas signalés est négligeable dans la plupart des CCS: 0,02 anciens cas pour un nouveau cas à Kilibo, 0,03 à Challa Ogoï et à Kémon, 0,04 à Djegbé. De l'aveu même des agents de santé, beaucoup d'anciens cas ne sont pas enregistrés. Leur enregistrement serait si peu contraignant (une simple coche), qu'ils oublieraient souvent de l'effectuer (personne ne parlera évidemment d'omissions volontaires). Comme il en va partout ainsi, tout le monde sait qu'il s'agit d'une information sans aucune valeur, encore moins utilisée si cela est possible que les autres données recueillies par le système d'information sanitaire. Aucune pression sérieuse n'est donc mise sur les agents de santé pour qu'ils recueillent avec soins cette information.

Le nombre d'anciens cas déclarés lors de l'enquête domiciliaire (début 1995) est effectivement sans commune mesure avec les valeurs officielles. En moyenne pour les CCS, chaque nouvelle consultation dans un CCS a été suivie de 1,25 autre visite dans le même CCS, pour le même épisode. Cette valeur est du même ordre de grandeur pour le CSSP (1,37). Elle est par contre nettement plus faible (0,46) à l'hôpital confessionnel Saint-Martin, qui fonctionne plus fréquemment comme centre de référence. Le système d'enregistrement des patients dans cet hôpital ne permet pas d'y calculer le vrai rapport entre les nouveaux et anciens cas². Il se peut qu'au-delà d'une certaine durée les agents de santé tendent à considérer une consultation comme un nouveau cas, alors que pour le patient il s'agit toujours de la continuation de la même maladie. Si, pour contrôler ce biais potentiel, on se limite aux épisodes de maladie les plus brefs, ceux qui ont duré moins de 15 jours, le nombre d'ancien cas par nouveau cas dans les services de santé publics reste beaucoup plus élevé que les valeurs fournies par les sources officielles (0,88 en moyenne pour les CCS et 1,21 pour le CSSP).

En définitive, l'image qui se dégage des statistiques officielles est qu'un patient n'effectue en moyenne guère plus d'une visite par épisode dans un service de santé public donné. Cela suggérerait que soit le traitement proposé lors de cette visite a été efficace et que le patient est guéri (les médicaments fournis correspondent en principe à la durée d'un traitement complet pour le diagnostic posé), soit le patient est insatisfait du résultat et il se tourne presque toujours vers un autre recours thérapeutique. L'image fournie par les utilisateurs des services de santé publics est tout autre. Selon eux, chaque nouvelle consultation dans un service donné serait suivie en moyenne d'au moins une deuxième consultation, dont l'étude des causes serait du plus haut intérêt en vu d'améliorer l'efficacité thérapeutique des services de santé publics. Il n'est en effet pas indifférent de savoir si les patients, trop impatients, reviennent avant d'avoir pris tout le traitement, s'ils reviennent parce que le traitement se montre totalement inefficace (erreur de diagnostic ou de prescription) ou parce que ce traitement ne peut pas être délivré en une seule fois. C'est surtout le cas pour les traumatismes, qui impliquent un examen régulier, avec au besoin un nouveau pansement, mais aussi pour... les injections, qui devraient être limitées au strict minimum, malgré la forte demande de la population.

¹ Cela découle partiellement d'un biais systématique dans la manière d'enregistrer les patients. Une personne venant pour la première fois et présentant deux diagnostics (ou plus) constitue officiellement deux nouveaux cas (mais certains agents de santé se contentent d'enregistrer la plainte principale). Quand elle reviendra pour le même épisode, l'agent de santé ne peut enregistrer qu'un ancien cas, même si les deux maladies sont toujours présentes.

² Rappelons que si une terminologie analogue a cours à l'hôpital Saint-Martin, elle y désigne tout autre chose. Plutôt que nouveau cas ou nouvelle consultation, NC y signifie nouveau consultant et le référent temporel n'est plus l'épisode de maladie, mais la vie entière d'une personne. Ainsi, un nouveau consultant est un patient qui met les pieds pour la première fois dans cet hôpital. Un AC est un patient qui y a consulté au moins une fois, même si cela remonte à dix ans (dans la mesure où il peut le prouver en exhibant son numéro de patient).

Quoi qu'il en soit, la sous-déclaration des anciens cas par les agents de santé est si manifeste qu'elle paraît difficilement attribuable à la seule négligence et ce, d'autant plus qu'elle peut ouvrir une porte quasi sans risque vers des gains illicites.

Dans les CSSP, la marge de manoeuvre des agents de santé est plus réduite, puisqu'ils ne sont que prescripteurs. C'est le pharmacien qui délivre à la fois les médicaments et les reçus. Hormis une éventuelle complicité avec le pharmacien, l'infirmier d'un CSSP retrouve toutefois la même liberté pendant ses gardes que ses confrères des CCS le soir, la nuit et le week-end, lorsque la pharmacie est fermée. Chaque infirmier dispose alors d'un petit stock de médicaments parmi les plus fréquemment prescrits, prélevé dans la pharmacie. Un casier personnel dont il dispose seul de la clé lui permet, s'il le souhaite, de mélanger médicaments du CSSP et médicaments personnels. Il n'est pas exclu que certains agents de santé proposent alors aussi des médicaments de marque non disponibles dans l'assortiment officiel ou qu'ils poussent à la consommation de produits chers, par ailleurs bien acceptés ou souhaités par la population, comme les médicaments injectables.

Avec l'introduction des commis dans la sous-préfecture de Ouessè, les infirmiers des CCS se retrouvent dans une situation similaire à celle de leurs collègues du CSSP, à l'exception des infirmiers de Tosso et de Kokoro. Les commis desservant ces deux dispensaires sont en effet localisés dans les maternités de ces CCS dissociés, dans des villages voisins. Partisan d'un contrôle financier plus serré des agents de santé par la communauté¹, le PMSBS est l'instigateur de l'implantation de commis dans chaque service de santé de la sous-préfecture de Ouessè. Selon ses représentants, cette innovation a débouché sur un accroissement immédiat et important des recettes des services de santé. Il serait bon de suivre à moyen et long termes les effets bénéfiques de ce contrôle sur la santé financière des services de base. Il n'est en effet pas exclu qu'ils s'estompent progressivement, les agents de santé trouvant peu à peu des parades et les commis voulant eux aussi "manger", avec leur institutionnalisation croissante. L'écart important entre les prix par cas relevés auprès des commis peu de temps après leur installation et les coûts déclarés par la population moins d'un an plus tard sème le doute sur la capacité de cette nouvelle organisation de la gestion financière des services de santé à supprimer les activités illicites.

Ces quelques exemples montrant comment il est possible de "dribbler" avec la comptabilité et la supervision des services de santé ne sont de loin pas exhaustifs. Les stratégies pratiquées sont innombrables. Elles ne sont propres ni aux agents de santé ni aux agents subalternes. Un certain consensus entoure donc ces pratiques, dont on essaie surtout d'éviter les abus les plus criants. A supposer même qu'une volonté forte de les contrôler existe (ce dont l'absence de réelles sanctions à l'encontre des agents commettant des fautes graves nous permet de douter), le système de gestion et d'information actuel ne le permettrait que difficilement. Si ces revenus d'appoint sont bienvenus au vu de la modicité des salaires dans la fonction publique, voire indispensables pour certains agents, ils s'accompagnent d'un surcoût financier pour le patient, sans parler parfois d'un impact négatif sur la santé (surmédicalisation).

Nous ne savons pas précisément à quoi attribuer l'écart très important relevé entre les prix moyens par cas calculés à partir des pièces comptables des services de santé publics et les coûts par cas résultant de la fréquentation de ces mêmes services, tels que déclarés par des utilisateurs récents. Nous avons avancé trois hypothèses non exclusives. La dernière, faisant appel à une sous-déclaration des coûts officiels par les agents de santé et donc à un marché "occulte" de la santé au sein même du secteur public, paraît prépondérante, sans qu'il soit toutefois possible de

¹ Terme très en vogue au Bénin et ailleurs, mais qui n'est jamais défini, au Bénin du moins (dans la pratique, les habitants d'un village officiel semblent souvent constituer cette communauté mythique). Ce serait en quelque sorte la voix du peuple (et l'argent du peuple lorsque l'on parle de financement communautaire!), par opposition celle de l'Etat; mais d'un peuple indifférencié, dépourvu de tous clivages.

le prouver formellement. A l'heure de l'autonomie financière des services de santé, à peine pondérée par une possibilité de péréquation très limitée entre les CSSP, habituellement bénéficiaires, et les CCS, souvent déficitaires, il convient que les superviseurs (médecins-chefs, COGES et COGEC) soient plus vigilants que jamais. Une situation de déficit financier dans un centre de santé risque en effet de se traduire dans un premier temps par le non renouvellement des stocks de médicaments. Ce qui ne pourra qu'accentuer le déficit à cause de la forte baisse de fréquentation qui en résultera. A terme, si la situation n'est pas localement reprise en main ou si le CCS n'est pas mis sous tutelle d'un CSSP, on peut envisager la fermeture du centre, ou du moins sa non fonctionnalité de fait. Les bénéficiaires directs d'un centre de santé ont donc tout intérêt à ce d'éventuels dérapages restent dans des limites supportables.

TROISIEME PARTIE

ESPACE MÉDICAL DES SERVICES DE SANTÉ MODERNES ET ESPACE DE SOINS DES HABITANTS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSÈ

1. INTRODUCTION

Selon Picheral (1984), l'espace médical constitue le territoire professionnel d'un praticien ou d'un service de santé. Il peut être réglementé – au moyen notamment d'une carte sanitaire – ou non, théorique et statistique (espace habité par les n personnes qui constituent la clientèle potentielle d'un praticien, d'un hôpital..., selon un calcul de desserte médical) ou encore effectif en fonction de la clientèle réellement desservie. Le service de santé doit donc être organisé de sorte à pouvoir prendre en charge l'ensemble de la population de son espace médical. Picheral ajoute que la taille de l'espace médical varie, entre autres, avec la densité médicale et la qualification des praticiens. D'une manière générale, cette taille est d'autant plus petite que la densité médicale est forte (concurrence d'autres agents ou services de santé à proximité), que la qualification est faible (les patients se déplacent moins loin pour recevoir des soins de santé primaires que pour atteindre un centre spécialisé, plus rare), et que l'on se trouve en milieu urbain (où la densité médicale est presque toujours beaucoup plus forte qu'en milieu rural).

Si l'expression "espace médical" peut surprendre à l'extérieur de la communauté des géographes de la santé, la réalité qu'elle recouvre est par contre bien connue de tous, sous des appellations fort diverses: aire d'attraction, aire d'influence, aire de recrutement, emprise... En anglais également, cette notion s'exprime sous différentes formes: catchment area, hospital service area, sphere of influence, tributary area, unlands, demand field... (IYUN, 1983).

L'intérêt de délimiter des espaces médicaux est capital pour la planification sanitaire et l'évaluation du niveau d'activité des services de santé. La carte sanitaire, qui établit l'espace médical respectif des différents acteurs de la santé, en se limitant le plus souvent au seul secteur public ou aux seuls établissements hospitaliers, constitue un outil de planification des équipements et du personnel médical et paramédical en vue d'une meilleure desserte de la population (PICHERAL, 1984). En attribuant officiellement une assise territoriale précise aux services de santé, elle leur assigne de fait une population à desservir, autrement dit une clientèle potentielle. Cette population cible théorique sert constamment de référence (de dénominateur) pour le calcul des niveaux de desserte ou des taux d'utilisation des différentes activités des services de santé. Il devient alors possible de comparer les niveaux de couverture des différents espaces médicaux et de régions plus vastes qu'ils constituent lorsqu'on les agrège, et cela dans le but d'en réduire les disparités au moyen d'actions ciblées.

L'idéal serait évidemment de connaître l'espace médical effectif ou réel d'un service de santé et de le retenir comme espace médical officiel. L'aire d'attraction effective d'un hôpital régional de référence pourrait ainsi par exemple constituer un district sanitaire fonctionnel, du fait même d'une certaine homogénéité de comportement de recherche de soins de santé de ses habitants. La juxtaposition des espaces médicaux effectifs mettrait en évidence, en particulier dans les pays en voie de développement, les zones réellement hors de l'attraction de tout service de santé et par là même les zones d'action prioritaire (augmentation de la couverture sanitaire par la création de services de santé, élévation de la qualité des prestations, amélioration des voies et moyens de communication, mais aussi levée de barrières économiques et culturelles qui, en se conjuguant avec la distance, se dressent entre les services de santé et les utilisateurs potentiels). De plus, les gestionnaires de tels établissements disposeraient enfin d'outils statistiques fiables (ou plus fiables!) pour évaluer l'impact de leurs activités. Comme l'affirme Akhtar (1987), la délimitation des aires d'attraction effective des services de santé constitue bien une partie vitale de la planification sanitaire permettant, entre autres, d'identifier la localisation optimale d'un service de santé, au regard de la distribution de la population à desservir et des autres services de santé.

Nous sommes souvent assez loin de cet idéal. Les cartes sanitaires sont en effet rarement le produit de recherches – géographiques notamment! – approfondies. L’empirisme, dans le sens péjoratif du terme, qui préside à l’élaboration de ces cartes est de plus fréquemment doublé de considérations politico-économiques personnelles ou corporatistes, tant elles sont l’objets d’enjeux importants (ressources financières, niveau d’équipement, emplois, pouvoir, prestige, retombées électorales...). L’un des cas de figure les plus courants consiste à calquer la carte sanitaire sur la carte administrative du pays. C’est le cas au Bénin. Il s’agit là d’une solution bien tentante: les meilleures, sinon les seules, statistiques démographiques sont basées sur le maillage administratif. Il est en outre bien difficile d’outrepasser des frontières historiques ou au contraire trop récentes pour ne pas être encore très sensibles. Nous n’imaginons pas, au Bénin par exemple, qu’il soit possible de détacher, sans déclencher une énorme polémique, un village de l’espace médical officiel d’un complexe communal de santé – l’ensemble de la commune – pour l’attribuer à celui de la commune voisine. C’est d’ailleurs sans doute la raison principale qui empêche le Ministère de la santé d’avancer rapidement et sereinement dans la réalisation d’un nouveau découpage de la carte sanitaire béninoise, maintenant annoncé depuis quelques années. La terminologie utilisée pour désigner les différents niveaux hiérarchiques des systèmes de soins publics renvoie de plus souvent explicitement à un espace médical plaqué sur un découpage administratif: unité villageoise de santé, centre communal de santé, hôpital de district, hôpital départemental...

Dès que l’on ne se contente plus du maillage administratif comme base territoriale des espaces médicaux se posent toutefois des problèmes méthodologiques de taille. Comment en effet déterminer les limites des espaces médicaux effectifs ou réels? La définition de Picheral invoquée plus haut fournit une réponse (“en fonction de la clientèle régulièrement desservie”)... qui soulève d’autres questions. Que faut-il entendre par régulièrement desservi? A quel niveau fixer le seuil minimal d’utilisation des services de santé, dont dépendront les limites, et donc la taille et la population, des espaces médicaux? Quel(s) indicateur(s) retenir pour décrire le niveau d’utilisation d’un service de santé par une population? Les sources statistiques disponibles permettent-elles de calculer de tels indicateurs? A quel coût si l’on envisage une étude régionale ou nationale? Faut-il envisager des espaces médicaux s’excluant les uns les autres, sur chacun desquels un praticien ou un hôpital occuperait une position dominante voire exclusive, ou au contraire des espaces médicaux se recouvrant, se superposant ou s’incluant?

A notre connaissance, la littérature apporte très peu de réponses à ces questions fondamentales. Nombreuses sont les études sur la desserte médicale, qui “mesure la distribution spatiale du corps médical et paramédical, (...) cerne le volume de la clientèle théorique et potentielle de chaque praticien [par exemple un médecin généraliste pour x habitants], (...) exprime le niveau de médicalisation d’une population dans un espace donné” (PICHERAL, 1984). Plus rares sont celles qui prolongent cette démarche en identifiant théoriquement cette clientèle et cet espace. Moins fréquentes encore sont celles qui franchissent l’étape ultime de leur identification concrète.

Les premières tentatives de dresser des cartes d’attraction sanitaire sont très frustes. Jackman (1972) a identifié pour la Zambie des sites d’implantation de services de santé ou d’atterrissage pour un docteur volant là où la population est peu dense, de sorte que personne n’habite à plus de 35 miles d’un docteur. Elle a donc considéré que les aires d’attraction potentielle des services actuels et à créer consistaient en des cercles de 35 miles de rayon. Bien plus tard, Laloé, Salem et Bernard (*in*: PHILLIPS, 1990) ont utilisé la même approche en milieu urbain, traçant des cercles de 500 mètres de rayon autour des services de santé primaires de Pikine (banlieue de Dakar), suggérant ainsi leurs aires d’attraction potentielle. Le but de cette carte était de localiser les zones sous-équipées – à l’extérieur de tout cercle – des zones suréquipées – potentiellement desservies par deux, voire trois dispensaires. McGlashan (1972) a

franchi une étape supplémentaire en représentant simultanément, pour un district du sud-est du Malawi, la distribution de la population et celle des dispensaires et maternités, autour desquels il a tracé des cercles de 5 miles (environ 8 kilomètres) de rayon figurant leurs aires d'attraction théoriques. L'intérêt de telles cartes réside dans l'évaluation très rapide – mais assez approximative – de la localisation et de l'importance des zones et populations sans couverture sanitaire.

Centrés sur les services de santé et déterminés par une distance maximale à parcourir pour atteindre ceux-ci, de tels espaces médicaux théoriques sont sans doute déjà moins grossiers que ceux calqués sur des limites administratives, tant il est vrai que l'accessibilité constitue l'un des facteurs clés de l'utilisation. Toutefois, PHILLIPS (1990) remarque avec raison que si 5 miles sont communément considérés comme une distance à parcourir acceptable pour atteindre des soins de santé primaires dans le tiers monde, de nombreuses études doivent encore valider localement cette valeur. Bien qu'anecdotique, un constat montre bien le caractère passablement arbitraire de ce seuil: alors que les auteurs anglo-saxons le fixent généralement à 5 miles, les francophones le situent volontiers à 5 kilomètres!

L'approche que Diesfeld (1973) applique pour le sud-ouest du Kenya part d'espaces médicaux théoriques fondés sur des zones concentriques autour des hôpitaux. Il calcule ensuite un score de centralité pour chaque établissement à partir d'indicateurs d'attraction, d'accessibilité et de densité démographique. Ce score permet finalement, selon une méthode non précisée, de pondérer le rayon d'attraction théorique de chaque hôpital. Les espaces médicaux ainsi obtenus et cartographiés restent théoriques, mais ils sont assurément plus proches de la réalité que la première approximation. Akhtar (1987) a repris, en la modifiant légèrement (la densité de population autour de l'hôpital est remplacée par le nombre annuel de patients), cette méthode pour l'étude de l'aire d'attraction des hôpitaux du nord-est de la Zambie. Sachant que le rayon d'attraction de l'hôpital ayant le plus faible score ne mesure que 12 kilomètres, le rayon pour les autres hôpitaux a été augmenté en fonction de leur score respectif. Il est cependant regrettable que cet auteur ne précise pas la manière dont a été défini ce rayon minimal.

Bien qu'utiles, ce type d'approches présentent le désavantage de définir des aires d'attraction qui restent fondamentalement théoriques, malgré les tentatives de coller au plus près à la réalité en pondérant des aires initiales par trop arbitraires. Ces méthodes nous paraissent surtout pertinentes lorsqu'il s'agit d'effectuer une première et rapide évaluation des zones non ou sous-desservies. La pertinence locale des rayons d'aires d'attraction retenus pour chaque type de services de santé revêt alors une importance capitale. Nous préférons privilégier une approche plus lourde, plus empirique, mais surtout bien plus riche et plus précise quant à ses résultats, basée sur le comportement effectif de recherche de soins de santé. Il s'agit alors de dépouiller les registres de santé ou les fichiers de patients des services de santé à étudier et d'y relever la provenance de tous les patients ou d'un échantillon d'entre eux. Comme le relève Phillips (1990), cette méthode est particulièrement utile pour déterminer l'extension réelle des aires d'attraction, leur interpénétration (situation de concurrence ou de complémentarité sur le même territoire), l'efficacité du système de référence et l'éventuelle existence de services ou de localités qui seraient évités au profit d'autres, plus lointains mais aussi plus prisés. Cette méthode est évidemment très dépendante de l'existence et de la qualité de registres ou de fichiers de patients. Elle n'est donc pas partout envisageable.

Jolly et King (1966) ont effectué un premier pas dans ce sens en étudiant l'impact différencié de la distance sur le taux d'utilisation de services de santé ougandais appartenant à trois niveaux hiérarchiques. Ils observent que la fréquentation des postes de secours diminue de moitié pour chaque mile supplémentaire à parcourir et pour chaque 2 miles pour les hôpitaux. Bien plus tard, Stock (1983; 1987) a pratiqué de même en milieu *haoussa*, au Nigeria. Il a même

raffiné son analyse en montrant que la diminution du taux d'utilisation en fonction de la distance variait selon différentes catégories: hommes, femmes, enfants, adultes et quatre maladies. Si Stock produit des graphiques tout à fait explicites montrant bien le rôle, variable mais toujours présent, de la distance, il ne présente toutefois pas de cartes localisant les aires d'attraction des services de santé étudiés. Par contre, ses graphiques figurant en abscisse la distance en kilomètres et en ordonnée le taux d'utilisation fournissent le rayon d'attraction maximal des services: il s'agit de la valeur du point où la courbe coupe l'abscisse. Pour les dispensaires par exemple, il obtient en moyenne des taux d'utilisation annuel de 75 % (c'est-à-dire 0,75 consultation par personne et par an) à 0 kilomètre, 20 % à 5 kilomètres, 1 % à 12 kilomètres et 0 % vers 15 kilomètres. Le rayon d'attraction des dispensaires est donc en moyenne d'au plus 15 kilomètres.

Gotanègre (1992) suggère quant à lui la zone d'attraction effective d'un dispensaire de médecine traditionnelle à Butare (Rwanda) en cartographiant la provenance par commune des patients (cercles proportionnels au nombre absolu de consultants). Dans la mesure où un recensement récent est disponible, il nous paraît plus pertinent de pondérer ces valeurs absolues par la population avant de dresser de telles cartes, ce qu'avait fait très tôt le CREDOC (1963). Celui-ci a cartographié les aires d'attraction hospitalière des principaux établissements du Midi de la France, à partir de leurs taux d'utilisation communal. Il ne se fixe pas de seuil inférieur: une seule hospitalisation émanant d'une commune inclut automatiquement celle-ci dans l'aire d'attraction de l'hôpital. Chaque carte représente l'espace médical effectif d'un seul hôpital. Le chevauchement des espaces médicaux de plusieurs établissements n'est jamais cartographié, si ce n'est indirectement à travers une carte des taux de fréquentation hospitalière, somme des taux d'utilisation ou d'attraction de tous les hôpitaux. Cette carte globale n'indique toutefois plus de quels hôpitaux et dans quelle proportion pour chacun d'eux les communes du Midi sont dépendantes.

Igram, Clarke et Murdie (1978) ont également utilisé le taux d'utilisation par unité administrative urbaine pour cartographier l'aire d'attraction d'un service des urgences à Toronto. Tout comme dans l'étude du CREDOC, cette aire d'attraction s'étend aussi loin que là d'où vient au moins un patient. Sur leur carte d'attraction de ce service, ils n'envisagent pas l'interaction avec d'autres services des urgences (ce qu'ils font dans le commentaire). De plus, ils ont, comme Stock, quantifié la décroissance des taux d'utilisation en fonction de la distance (graphique).

A nouveau au Nigeria, mais cette fois en milieu urbain, Iyun (1983) a étudié l'aire d'attraction intraurbaine de tous les hôpitaux d'Ibadan. Au moyen d'un sondage dans chacun de ces établissements, elle a d'abord recueilli la provenance par quartier de leurs patients. Elle a ensuite dressé deux types de cartes. Tout d'abord une série de cartes où chaque hôpital est relié par des flèches à tous les quartiers lui envoyant des patients, avec mention de leur nombre absolu. Il en ressort que les quartiers les plus proches d'un hôpital tendent à lui envoyer les plus gros effectifs de patients. Conclusion plutôt triviale. De l'avis même de l'auteur, cette méthode se révèle peu concluante: l'aire d'attraction paraît confuse et l'on ne peut pas la délimiter. Elle calcule ensuite pour chaque quartier la proportion de patients ayant visité chacun des 18 hôpitaux d'Ibadan. Regroupées en classes (4 à 6 selon le niveau hiérarchique de l'hôpital), ces proportions permettent finalement de dresser des cartes d'attraction tout à fait explicites pour chaque hôpital ou niveau hiérarchique. Toutefois, en analysant la situation hôpital par hôpital et en ne se fixant pas un seuil minimal au-delà duquel un quartier n'appartient plus à l'aire d'attraction d'un établissement donné, on en arrive à une vision atomisée et quelque peu aberrante de la réalité. Dès qu'un quartier envoie au moins un malade se faire soigner dans un hôpital quelconque, il est inclus dans l'espace médical réel de cet hôpital. En définitive, (quasi)

tous les quartiers relèvent donc de l'aire d'influence de tous les hôpitaux, aux différences près, parfois considérables, d'intensité d'attraction.

Dans un tout autre contexte géographique, une zone urbaine hétérogène au nord de Paris, Amat-Roze, Buisson, Ginot [*et al.*] (1994) reprennent la deuxième méthode d'analyse d'Iyun en se donnant cependant un seuil minimal (21 %) au-dessous duquel un îlot est exclu de l'aire d'attraction. De plus, elle se limite à trois niveaux d'attraction et, surtout, rassemble sur la même carte les aires d'attraction des principaux hôpitaux desservant le quartier étudié, qui peuvent donc se recouper ou se superposer avec des intensités différentes. Vu la taille de l'agglomération parisienne, la multitude des établissements hospitaliers et le refus de certains d'entre eux de participer à l'enquête, Amat-Roze n'a toutefois pas pu calculer, contrairement à Iyun, le taux de dépendance des habitants de cette zone envers tous les hôpitaux qu'ils fréquentent effectivement. Si les principaux d'entre eux ont tout de même pu être inclus dans l'enquête, il faut toutefois garder à l'esprit que le total des recours à partir duquel ont été calculés les taux de dépendance envers chacun des établissements étudiés n'est qu'une partie du total des recours hospitaliers de la population étudiée. Une enquête directe auprès de la population permettrait de contourner cette impossible prise en compte de tous les établissements potentiellement utilisés. Elle pose par contre d'autres problèmes: organisation et coûts importants, échantillonnage, qualité du souvenir en fonction de la période de remémoration retenue...

Cette revue, non exhaustive, de la littérature montre bien que, pour résoudre le même problème – délimiter des espaces médicaux – de nombreuses approches ont été utilisées. Il semble donc que cet objectif ne passe pas par une solution unique. Force est cependant de constater qu'il est bien rare que la méthode d'analyse des espaces médicaux retenue fasse l'objet d'une réflexion critique. Plus que la définition même du concept d'espace médical et que l'utilisation ultérieure que l'on se propose de faire des résultats, il semble bien que ce soit généralement le type d'informations à disposition ou potentiellement disponible à un coût acceptable qui ait dicté cette méthode.

Sans résoudre les nombreuses questions soulevées plus haut, les travaux de ces auteurs fournissent cependant quelques pistes utiles, qui nous aideront à définir et à délimiter l'espace médical des services de santé de la sous-préfecture rurale de Ouessè, au Bénin. A l'exemple du CREDOC, de Stock, Gotanègre, Ingram, Iyun et Amat-Roze, et pour les raisons évoquées ci-dessus, nous privilégions une définition de l'espace médical reposant sur la provenance des patients effectifs. L'indicateur du niveau d'utilisation d'un service de santé selon la provenance peut alors prendre au moins quatre formes différentes, dont trois ont été utilisées par les auteurs passés en revue:

- le nombre annuel de nouveaux consultants par localité, quartier..., en valeur absolue. C'est la mesure utilisée par Gotanègre et, dans un premier temps, par Iyun;
- la proportion par localité – ou toute autre unité spatiale – des patients attirés par les différents services de santé. Il s'agit là de ce que Pineault et Daveluy (1995) appellent "indice de dépendance de la population" par rapport à la ressource, c'est-à-dire les services de santé, et qu'il conviendrait plutôt d'appeler "taux de dépendance...". En termes économiques, ce taux de dépendance serait la part de marché d'un service de santé dans chaque localité. C'est la mesure utilisée par Iyun et Amat-Roze;
- la proportion, pour un service de santé donné, de patients provenant de chaque localité. Pineault et Daveluy (1995) l'appellent "indice de dépendance de la ressource", sous-entendu par rapport à la clientèle. Une fois de plus, il ne s'agit pas à proprement parler d'un indice, mais d'un taux;

- le taux d'utilisation par provenance de chaque service de santé. C'est la mesure utilisée par Ingram et par Stock dans sa mise en évidence de l'existence d'une forte influence de la distance sur le niveau d'utilisation.

Laquelle de ces mesures est la plus appropriée pour délimiter les espaces médicaux? Comme le but est en définitive de comparer entre eux les niveaux d'utilisation des habitants des différentes unités spatiales afin de les attribuer ou non à une ou plusieurs aires d'attraction, les valeurs relatives sont beaucoup plus appropriées que les valeurs absolues. Chacune des trois mesures relatives restantes présentent par contre des avantages et des inconvénients. Le taux de dépendance de la population, qui indique que $x\%$ des patients d'une localité sont allés se faire soigner au dispensaire A, $y\%$ à l'hôpital B et seulement $z\%$ à l'hôpital C, semble une mesure idéale pour délimiter les aires d'attraction. Cependant, ces proportions ne disent rien des effectifs en jeu.

Est-il alors bien raisonnable d'attribuer les yeux fermés une localité à l'espace médical d'un service de santé parce que 30 % des patients qui en sont issus s'y sont rendus, lorsque ces 30 % ne représentent que quelques malades? Si l'on retient le taux de dépendance de la population comme indicateur, chaque localité relève de l'aire d'attraction d'au moins un service de santé, à moins que cette localité ne génère absolument aucune consultation. De même, le prestataire de services considérera-t-il qu'une localité appartient à son espace médical sous prétexte que cette dernière est très dépendante de lui, si elle ne "pèse" que 0,5 % de toutes ses consultations; en d'autres termes, si le taux de dépendance de la ressource envers la clientèle est très bas? Ce dernier serait-il alors plus satisfaisant? Pas davantage! En effet, le taux de dépendance d'un service de santé envers une grande localité relativement éloignée peut être important, alors que le taux de dépendance des habitants de cette localité envers ce service reste négligeable. Autrement dit, le taux de dépendance de la ressource est soumis à un effet de taille des localités. Contrairement aux deux taux de dépendance, le taux d'utilisation annuel fournit quant lui une mesure de l'intensité de l'attraction d'un service de santé sur une localité non plus relative au nombre total de patients de chaque unité spatiale ou de chaque service de santé mais à la population totale de chaque unité spatiale. Il prend donc en compte les non-utilisateurs des services de santé, souvent plus nombreux que les patients. Les taux d'utilisation ne révèlent par contre pas le poids réel d'une localité dans la clientèle totale d'un service de santé. Ainsi, avec un taux d'utilisation très élevé un petit village enverra moins de patients dans un service de santé qu'une ville enregistrant un faible taux d'utilisation de ce même service.

En définitive, chacune de ces trois mesures du niveau d'utilisation apporte un point de vue particulier sur la même réalité. Le chef du village X dira: "La moitié des malades du village qui ont consulté l'an passé sont allés au dispensaire Y". L'infirmier du dispensaire Y dira plutôt: "Dix pour cent de mes patients proviennent du village X". Le médecin-chef de la sous-préfecture ou un superviseur du Ministère de la santé pensera quant à lui: "Pourquoi le taux d'utilisation du dispensaire Y par les habitants de X n'est que de 5 %, alors que ce dispensaire constitue officiellement le premier échelon de soins de santé pour ce village?" Ces mesures sont donc complémentaires, ce qui nous suggère de les utiliser conjointement, en construisant un indice d'attraction de chaque service de santé sur chaque localité (ou toute autre unité spatiale).

Avant de pouvoir délimiter les espaces médicaux des services de santé, deux questions restent à régler. Souhaite-t-on limiter l'aire d'influence de chaque service de santé aux seuls espaces sur lesquels son attraction est dominante? Chaque localité n'appartiendrait alors à l'espace médical que d'un seul service de santé. De plus, un petit centre de santé peu attractif pourrait n'avoir aucun espace médical. Ou faut-il au contraire envisager globalement la situation et, partant du constat que les aires d'attraction exclusives étant fort rares, admettre qu'une localité relève de l'espace médical de plusieurs services de santé? Le premier terme de l'alternative fournit une image réductrice de la réalité, puisqu'en attribuant exclusivement une

localité à l'espace médical d'un service de santé, il suggère que l'ensemble des patients issus de cette localité se dirigent vers ce service. Cette vision un peu caricaturale de la réalité n'est cependant pas inintéressante, en ce sens que, en polarisant au maximum les localités autour des services de santé dominants, elle dessine le noyau dur de l'espace médical de ces services. Nous retenons donc pour l'étude de cas cette première définition étroite de l'espace médical, que nous nuancerons aussitôt par le recours à la définition globale, beaucoup plus conforme à la réalité du comportement de recherche de soins de santé de la population.

Cette deuxième approche pose toutefois le problème des limites ultimes des espaces médicaux, puisque l'attraction d'un service de santé s'amenuise progressivement avec la distance et l'augmentation graduelle de la concurrence d'autres services de santé. Quel que soit l'indicateur d'attraction retenu pour délimiter les espaces médicaux, nous pensons qu'il est nécessaire de se donner une limite inférieure, différente de 0, au-delà de laquelle, un quartier, une commune, une agglomération... sont exclus de l'aire d'attraction. Il nous paraît en effet évident qu'il ne faut pas, par exemple, étendre l'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané jusqu'à Cotonou (environ 350 kilomètres) parce qu'un chauffeur de taxi cotoinois a eu un accident dans les environs de l'hôpital et s'y est fait hospitaliser. De même, il ne faut pas prendre en compte dans l'analyse de l'aire d'attraction de la maternité de Kilibo la ressortissante de ce village, habitant à Parakou (90 kilomètres) qui, pour son premier enfant, est rentrée accoucher auprès de sa mère. Sous peine d'aboutir à des espaces médicaux artificiellement énormes et présentant de nombreuses enclaves, il convient donc d'écarter les cas accidentels ou particuliers. La fixation de tels seuils doit s'effectuer de cas en cas, en fonction des buts poursuivis et des niveaux d'utilisations relevés dans la zone d'étude. Une part d'arbitraire paraît inévitable.

Comme nous avons observé que dans la sous-préfecture de Ouessè l'attraction de la plupart des services de santé diminue très rapidement avec l'accroissement de la distance, nous avons retenu un seuil discriminant très bas – 1 % pour chacun des trois taux –, pour ne pas limiter trop excessivement l'extension des aires d'attraction.

L'espace de soins constitue selon Picheral (1984) l'aire de recours aux soins d'un individu ou d'une population¹. Jusqu'à présent nous nous étions interrogés sur la provenance des patients ayant recours aux différents services de santé, soit le point de vue du prestataire de services. Maintenant nous inversons le point de vue pour adopter celui des utilisateurs de services de santé: où les habitants d'un village, d'une localité donnés vont-ils se faire soigner? Espace médical et espace de soins constituent donc les deux faces d'une même médaille: les espaces dessinés par les flux de patients entre leurs domiciles et les services de santé.

Picheral (1984) observe que la taille de l'espace de soins d'une population varie en fonction de la nature et de la spécificité des soins, ainsi que de la densité et du réseau de services de santé. Il est en effet évident que l'espace de soins pour des soins primaires est plus restreint que pour des soins secondaires ou tertiaires. De même, l'espace de soins d'une population rurale est en général plus vaste que celui d'une population urbaine, qui bénéficie dans la ville même des soins primaires et secondaires, voire tertiaires. Ce constat n'est toutefois pas valable dans le cas où, confrontée à des problèmes d'accès jugés insurmontables, une population rurale renonce aux soins secondaires et tertiaires. L'espace de soins se réduit alors à la localité, si elle dispose d'un service de base, ou, dans le cas contraire, à la plus proche localité équipée. Ainsi, un espace de soins vaste laisse supposer que différents types ou niveaux de recours thérapeutiques sont effectivement utilisés et donc que les besoins sont plutôt bien satisfaits, mais au prix de

¹ Comme plus tardivement cet auteur et d'autres semblent donner une extension beaucoup plus large à "l'espace sanitaire", incluant l'ensemble des faits de santé caractérisant un espace (PICHERAL et SALEM, 1992; SALEM, 1993), nous préférons utiliser l'expression "espace de soins" plutôt qu'"espace sanitaire" proposé initialement par Picheral.

déplacements souvent longs. Cependant, si un village est très éloigné d'un service de santé de base, qu'il utilise exclusivement, la grande taille de son espace de soins n'impliquera pas une bonne satisfaction des besoins. Un espace de soins restreint est encore plus difficile à interpréter a priori. Il peut soit s'agir d'une population pouvant satisfaire tous ses besoins sur place, généralement parce qu'elle habite une ville universitaire, soit d'une population devant se contenter de l'offre locale, même si cette dernière est fort limitée.

Il nous est facile de déduire l'espace de soins de chaque localité de la sous-préfecture de Ouessè à partir de l'espace médical des services de santé le desservant. En effet, à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, le système de soins est un système quasi fermé: personne, sauf cas particuliers et très rares, ne vient de l'extérieur de la sous-préfecture pour s'y faire soigner¹; à l'inverse, il est très rare qu'un habitant de la sous-préfecture en sorte pour y quérir des soins (cf. partie III, chap. 3h). En connaissant la provenance de tous les patients ayant fréquenté tous les services de santé de la sous-préfecture, nous savons aussi de manière quasi exhaustive où vont se faire soigner les habitants de chaque localité. Ainsi, en raison de cette fermeture du système de soins, une carte globale montrant les flux de patients à travers la sous-préfecture (cf. partie III, chap. 3a) constitue à la fois une carte de l'espace médical des services de santé, quand le regard part d'un service de santé pour aller vers les localités qu'il dessert, et une carte de l'espace de soins des habitants d'une localité, lorsque le regard part au contraire d'une localité pour aller en direction de tous les services de santé utilisés par ses habitants.

Nous préférons cependant dresser une nouvelle carte, spécifique aux espaces de soins, en n'utilisant que deux des trois mesures du niveau d'utilisation pour construire un nouvel indice d'attraction. Nous écartons ici le taux de dépendance de la ressource. Puisque le point de vue est maintenant celui de l'utilisateur, il nous importe en effet peu de connaître la part que représente les patients d'une localité par rapport à l'ensemble des patients d'un service de santé. Par contre, la part de marché – si l'on ose s'exprimer ainsi – que détient chaque service de santé sur une localité donnée reste une information déterminante, qu'il est nécessaire de pondérer au moyen du taux d'utilisation pour cette localité de chacun de ces services. Ainsi par exemple, 68 % des patients issus d'Idadjo se sont rendus au CSSP de Ouessè, en 1994. On pourrait en déduire hâtivement que les habitants d'Idadjo sont largement dépendants du CSSP en cas de maladie. Il faudrait plutôt conclure que la petite minorité des malades de ce village qui consultent vont surtout au CSSP. Le taux de consultation annuel au CSSP pour les habitants d'Idadjo est en effet d'à peine 4 %!

La représentation cartographique de l'espace de soins reste délicate, car cet espace est discontinu. Il ne constitue pas, comme l'espace médical, un territoire, mais un ensemble de lieux, souvent hiérarchisés et inscrits dans des échelles spatiales parfois fort diverses. S'agit-il bien d'une aire (de recours aux soins) comme l'affirme Picheral et le laisse explicitement entendre l'expression anglo-saxonne consacré de *"health care area"*? Une aire peu se cartographier comme une unité fermée, mais comment définir une aire incluant le dispensaire de Tosso, le CSSP de Ouessè, l'hôpital Saint-Martin de Papané et éventuellement le CNHU de Cotonou?

Les tentatives de cartographier l'espace de soins d'une ou de plusieurs populations restent rares et le plus souvent partielles. Généralement, les auteurs ne se penchent que sur l'espace de soins des habitants d'une municipalité (FRANCIS et SCHNEIDER, 1984, dans l'Etat de Washington), de quelques quartiers d'une grande ville (PHILLIPS, 1979, dans le West Glamorgan; STIMSON, 1981, à Adelaïde, avec la seule prise en compte des médecins généralistes; BAILEY et

¹ L'hôpital Saint-Martin de Papané, situé 2 kilomètres au nord de la sous-préfecture mais que nous considérons comme partie intégrante du système de soins de la sous-préfecture de Ouessè, constitue une exception. Son aire d'attraction dépasse largement la sous-préfecture de Ouessè, mais nous y avons étudié que les patients provenant de cette sous-préfecture.

PHILLIPS, 1990, à Kingston), d'un îlot urbain (AMAT-ROZE, BUISSON, GINOT [*et al.*], 1994, en périphérie nord de Paris), de quelques villages (BHARDWAJ, 1975, dans l'Etat indien du Pendjab), d'un échantillon de population d'une sous-région rurale (THOUEZ, MUNAN et NABAHI, 1981, dans les Cantons de l'Est au Canada). A part peut-être la première, toutes ces enquêtes sont menées sur un échantillon de la population cible. Les études de Bhardwaj et de Bailey ne s'intéressent qu'à l'utilisation théorique des soins de santé primaires (question du genre: "Qui (et où) allez-vous d'abord consulter en cas de maladie?"). L'interprétation de ce type de questions est pourtant délicate. Il s'agit en fait plus d'une question d'opinion permettant à la personne interrogée d'énoncer une règle de conduite, que d'une question portant sur le comportement réel de recherche de soins, lorsqu'il s'agit de passer à l'acte. Fassin (1992) nous met pourtant en garde: la norme ou la règle générale énoncées prédisent mal l'action effective, car elles ne tiennent pas compte des conditions particulières de survenue de l'événement.

Presque toutes ces études utilisent des flèches pour suggérer un lien de dépendance entre une population et des services de santé bien individualisés, ou, moins spécifiquement, entre deux ou plusieurs unités territoriales, la première abritant la population étudiée, l' (les) autre(s), le(s) service(s) de santé utilisé(s). L'épaisseur ou la forme des flèches permet dans tous les cas d'indiquer l'intensité de cette dépendance. Relevons encore une technique cartographique, moins souple et moins suggestive que les flèches, utilisée par Amat-Roze, Buisson et Ginot [*et al.*] (1994): des cercles proportionnels localisant les services de santé utilisés. Cette technique n'est plus guère envisageable dès qu'il s'agit de représenter simultanément l'espace de soins de plusieurs populations.

Favorisé par le nombre relativement restreint de services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè et par la quasi absence de recours thérapeutiques à l'extérieur, nous avons l'ambition de dresser une carte globale et exhaustive de l'espace de soins effectif des habitants de cette sous-préfecture. Par global, nous entendons la prise en compte de tous les habitants, regroupés par village officiel ou par agglomération lorsque plusieurs villages officiels sont accolés les uns aux autres, et de tous les services de santé utilisés, indépendamment de leur niveau hiérarchique et du fait que ce soit le premier recours thérapeutique ou non pour un épisode donné de maladie. Par exhaustif, nous voulons signifier que nous n'avons pas étudié un échantillon de consultations, mais toutes les nouvelles consultations, et cela sur trois ans (de 1992 à 1994). De plus, cette analyse s'appuie bien sur des consultations effectives, et non pas sur des déclarations d'intentions ou de normes, peu fiables nous l'avons vu. Comme nous connaissons en outre certaines caractéristiques des patients (sexe, catégorie d'âge et diagnostic), nous pourrions encore affiner l'analyse de l'espace de soins de chaque localité, conformément à la recommandation de Powell (1995), qui insiste sur la nécessité d'étudier l'accessibilité sociale conjointement à l'accessibilité spatiale.

Une telle tentative de cartographier globalement, à l'échelle d'une région, l'espace de soins d'une population n'existe pas, à notre connaissance. Cet essai n'est toutefois pas complètement global: il ne concerne que les services de santé modernes et formels (secteur public et secteur confessionnel), soit l'immense majorité des consultations, comme l'a révélé l'enquête sur les itinéraires thérapeutiques (cf. partie III, chap. 3h). Le recours à un tradipraticien, à une église thérapeutique, à un secouriste ou à un infirmier privés n'a donc pas été pris en compte; non pas par choix arbitraire, mais à cause du manque d'information, la quasi totalité de ces thérapeutes ne tenant pas de registres indiquant la provenance de leurs patients. De plus, les très rares consultations effectuées hors de la sous-préfecture ne sont pas davantage comptabilisées. A partir de l'enquête sur les itinéraires thérapeutiques, nous pourrions toutefois fournir quelques précisions sur ces recours lointains. Fournissant des prestations peu comparables à celles des autres services de santé et ne concernant pour ainsi dire plus que deux

villages de la sous-préfecture¹, les unités villageoises de santé (UVS) n'ont pas davantage été retenues dans cette étude des espaces de soins.

L'automédication constitue un cas limite. Devrait-elle être incluse dans les études de l'espace de soins? Si l'on s'en tient à la définition fournie par PICHERAL (1984), l'espace de soins est l'aire de recours aux soins, le recours aux soins étant défini comme l'appel aux services de santé et au système de soins. La phytothérapie traditionnelle pratiquée à partir de plantes que l'on va soi-même chercher en brousse ne constitue à l'évidence pas un service de santé. Mais qu'en est-il des pharmacies et des commerçants informels de médicaments? Toujours selon Picheral, les services de santé sont des institutions permanentes organisées en réseau selon la structure administrative d'un pays pour répondre aux besoins de santé des populations. Tout le secteur informel est donc écarté par une telle définition... mais aussi tout le secteur confessionnel béninois, qui n'est pas organisé en réseau! Dans le contexte des pays en voie de développement, il conviendrait peut-être d'assouplir certaines définitions. D'un point de vue théorique nous sommes d'avis qu'il faudrait étendre la notion d'espace de soins à l'ensemble des lieux où un malade reçoit des soins ou va chercher des médicaments, indépendamment du statut des personnes ou services qui y prodiguent soins et médicaments. L'espace médical d'un individu commence alors presque toujours par son domicile. Pratiquement toutefois, il nous est impossible de prendre en compte l'automédication avec notre méthode d'analyse des espaces de soins. Par de nombreux entretiens, nous savons cependant que la quasi totalité des médicaments modernes utilisés pour l'automédication sont achetés dans le village même du malade ou sur le marché d'un village voisin et que les plantes utilisées pour la phytothérapie sont d'origine locale.

Comme la quasi totalité des auteurs qui ont mené des recherches similaires sur les espaces de soins, mais plus limitées dans l'espace, le temps ou le type de services pris en compte, nous avons retenu la technique des flèches d'épaisseur proportionnelle à l'indice de dépendance construit. Elles symbolisent bien l'intensité des flux de patients quittant chaque village officiel ou agglomération pour atteindre les différents services de santé utilisés. Dans notre cas, aussi bien la source que la destination sont donc ponctuelles, ce qui est un peu abusif pour la source. Toute la population d'un terroir villageois ne se concentre en effet pas toujours dans le village centre, comme nous avons dû le considérer.

¹ Nous devrions malheureusement parler au passé, car les deux dernières UVS prodiguant encore des soins curatifs en volume non négligeable dans la sous-préfecture ont fermé leurs portes en 1994.

2. ESPACES MÉDICAUX OU AIRES D'ATTRACTION DES SERVICES DE SANTÉ FORMELS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSE

a) Introduction

Comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, la sous-préfecture de Ouessè dispose d'une offre en soins de santé étonnamment diversifiée et dense pour une petite région rurale d'Afrique subsaharienne, et cela même à l'intérieur de la seule médecine moderne formelle (ou presque formelle). La population bénéficie en effet des prestations de services publics relevant de trois niveaux hiérarchiques: unité villageoise de santé au niveau du village, complexe communal de santé au niveau de la commune et centre de santé de sous-préfecture pour l'ensemble de la sous-préfecture. En marge du système de santé étatique, l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané coiffe en quelque sorte cette pyramide, puisqu'il joue à la fois le rôle d'un CSSP et d'un centre de santé départemental. Informel et plus fluctuant dans le temps, un petit secteur privé peinant à trouver ses marques complète cette offre, plutôt bien répartie dans l'espace.

S'assignant pour but une couverture sanitaire complète du pays, le secteur public au Bénin repose – pour combien de temps encore?¹ – sur le découpage administratif, solution la plus immédiate, mais certainement pas toujours la plus rationnelle. Dès lors, l'aire d'attraction officielle de chaque service de santé public est l'unité administrative correspondante. La tentative – aujourd'hui avortée – de doter chaque village d'une UVS devait assurer les premiers soins au niveau local. Le véritable premier échelon du système de santé béninois est actuellement constitué par un dispensaire couplé avec une maternité desservant non seulement le chef-lieu de la commune où ils sont généralement construits, mais encore l'ensemble des autres villages, hameaux et fermes isolées constituant la commune. Comme son nom l'indique, le centre de santé de sous-préfecture dessert quant à lui l'ensemble de la sous-préfecture. Tout aussi explicite est l'appellation de centre de santé départemental. Comme la plupart des communes, sous-préfectures et départements sont aujourd'hui dotés des services de santé qui leur "reviennent" – sur le papier du moins, tant certains sont peu ou pas fonctionnels – les aires d'attraction officielles débordent rarement sur l'unité administrative voisine.

Les aires d'attraction officielles correspondent-elles effectivement au comportement de recherche de soins des populations concernées? De nombreux indices laissent rapidement penser que non. Loin d'être une futile préoccupation académique, cette question est fondamentale. L'OMS, et à sa suite – quoique plus timidement – le Ministère de la Santé Publique du Bénin l'ont bien compris, qui préconisent la création de districts sanitaires fonctionnels correspondant aux aires d'attraction effectives des services de santé. Donnons ici un seul exemple illustrant les enjeux d'une bonne connaissance des aires d'attraction réelles. Tout l'appareil statistique permettant de décrire les niveaux de couverture sanitaire (nombre de lits, d'agents de santé pour 1'000 habitants, taux d'utilisation des services de santé, taux de vaccination...) fournit des indications souvent fort grossières, car il bute sur l'écueil du dénominateur. En d'autres termes, les populations-cibles restent mal cernées. Comment dès lors effectuer une planification pertinente et efficace, ou encore décider où mener des actions sanitaires ciblées?

Les aires d'attraction réelles des services de santé confessionnels et privés ne sont pas davantage connus. Se préoccupant peu ou pas de santé publique et n'ayant pas les mêmes

¹ Les projets de création de districts sanitaires s'affranchissent – partiellement – des frontières administratives.

“devoirs” face à la population que le système de santé étatique, peu leur importe d’où viennent les patients, tant qu’ils sont suffisamment nombreux. Dans l’optique actuelle de collaboration croissante, voire d’intégration des secteurs public et privé - confessionnel surtout -, la question n’est pourtant pas dénuée d’intérêt. Dans une telle optique, il serait bon de savoir s’il y a concurrence ou complémentarité spatiale entre les trois secteurs. En d’autres termes, les secteurs privé et confessionnel comblent-ils les vides laissés par un secteur public rigide quant à l’implantation de ses infrastructures (un service de santé par chef-lieu d’unité administrative), ou visent-ils la même clientèle en s’implantant dans ces mêmes petits centres locaux ou régionaux? Outre ces relations de concurrence/complémentarité spatiale, ces trois secteurs se distinguent-ils par une clientèle démographiquement ou socialement différente? Il n’est en effet a priori pas exclu que l’aire d’attraction des services de santé varie selon que l’on considère les hommes ou les femmes, les enfants ou les adultes, les riches ou les pauvres..., mais aussi le type d’affections prises en charge.

L’étude des aires d’attraction des différents services de santé d’une région constitue de plus une méthode assez précise pour évaluer la position hiérarchique de chaque établissement. Il ne s’agit pas ici de la hiérarchie officielle, connue a priori au moins pour le secteur public, mais bien d’une hiérarchie perçue par les utilisateurs. Aux seules taille du service de santé et de son aire d’attraction officielle, qualification du personnel et nature de l’équipement qui fondent la hiérarchie officielle, la hiérarchie populaire ajoute d’autres critères: efficacité des soins, qualité de l’accueil, continuité des soins, prix des médicaments et prestations... Il va sans dire que le comportement de recherche de soins de santé est davantage dicté par la perception du niveau hiérarchique des services de santé à disposition que par leur position officielle. La connaissance de cette perception populaire renferme donc une certaine valeur prédictive.

Comment dès lors déterminer concrètement les limites de l’aire d’attraction de chaque service de santé? Il s’agit là d’une tâche relativement aisée (quoique très fastidieuse)... dans la mesure où les registres de santé consignait chaque visite ou nouvelle consultation sont bien tenus. En effet, de tels registres indiquent généralement la provenance des patients. Il est dès lors possible de constituer une base de données de provenance exhaustive (comme nous l’avons fait pour les années 1992 à 1994) ou par sondage. Les mêmes registres fournissent encore le sexe, l’âge ou la catégorie d’âge et le diagnostic qui, croisés avec la provenance, permettent d’affiner l’analyse des aires d’attraction.

Un indice d’attraction de chaque service de santé sur les patients de chaque localité a été calculé en additionnant les scores correspondant aux trois taux mesurant le niveau effectif d’utilisation: taux de dépendance de la population, taux de dépendance de la ressource et taux d’utilisation. Le score par localité correspondant à chacun de ces taux est attribué selon la clé de répartition fournie par le Tableau 61, avec un score de 0 lorsque les différents taux sont inférieurs à 1. L’attraction est alors considérée comme nulle.

Tableau 61 Scores correspondants aux taux de dépendance de la population, de dépendance de la ressource et d’utilisation.

Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation	
Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score
0 - 1	0	0 - 1	0	0 - 1	0
1 - 5	1	1 - 3	1	1 - 2	1
5 - 10	2	3 - 7	2	2 - 5	2
10 - 25	3	7 - 15	3	5 - 10	3
25 - 50	4	15 - 33	4	10 - 20	4
> 50	5	> 33	5	> 20	5

Comme la dispersion et l'amplitude des valeurs par localité pour chacun de ces taux sont disparates, nous avons dû fixer des limites de classes différentes pour chacun d'entre eux. Cela n'enlève rien à la validité de l'indice qui en résulte. Cette indispensable hétérogénéité des seuils ôte tout au plus un peu de lisibilité immédiate au lecteur tenace qui décortiquera nos tableaux d'indices.

Etant la somme de trois scores variant chacun de 0 à 5, l'indice d'attraction peut théoriquement varier entre 0 et 15. Les indices d'attraction ont finalement été répartis en cinq catégories. Nous considérerons qu'un indice de 0 correspond à une attraction nulle entre un service de santé et une localité, un indice de 1 à 4 correspond à une attraction marginale, un indice de 5 à 7 à une faible attraction, un indice de 8 à 11 à une attraction moyenne et finalement un indice de 12 à 15 à une forte attraction.

Certaines lacunes de nos sources nous ont empêché de broser un tableau aussi complet que souhaité des aires d'attraction des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè. Il est tout d'abord bien évident que les secteurs les plus informels du système de santé ne tiennent aucun registre. C'est le cas des tradipraticiens, des devins, des églises jouant un rôle thérapeutique et des infirmiers (et assimilés) privés. Parmi ces derniers, les plus "installés", généralement issus du secteur public, possèdent des registres, mais qui ne mentionnent pas la provenance. Sur les fiches de patients de l'hôpital Saint-Martin de Papané, la provenance est indiquée de façon différenciée selon qu'il s'agit de l'est ou de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Pour l'Est, géographiquement et ethniquement plus proche des agents de santé de cet hôpital, chaque village est bien distingué. Pour l'Ouest au contraire, les villages sont le plus souvent désignés sous le terme générique de Ouessè. Notre demande, relayée avec insistance par le médecin-chef, de remédier à cette lacune a abouti, au moins partiellement, pour la troisième année étudiée. Comme cette thèse tire son point de départ de la population habitant la sous-préfecture de Ouessè, et non pas des services de santé qui y sont implantés, nous avons limité l'étude de l'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané à sa seule fraction constituée par la sous-préfecture de Ouessè. La question ne se pose pas pour les services de santé publics. Comme nous le verrons, leurs aires d'attraction ne dépassent jamais les limites de la sous-préfecture.

Les frontières intervillageoises et intercommunales étant inconnues, ou du moins ne figurant sur aucune carte, il ne nous est pas permis de présenter des cartes classiques d'aires d'attraction sanitaire, qui attribuent à chaque service de santé une zone d'influence. Nous connaissons par contre la localisation des villages officiels, qui concentrent l'essentiel de la population des terroirs villageois. Il est dès lors possible de réaliser des cartes mettant en relation par des flèches les services de santé et les localités d'où proviennent les patients. Ces flèches, d'épaisseur variable, figureront les cinq niveaux des indices d'attraction définis plus haut, l'absence de flèche indiquant une attraction nulle.

b) Une friction de la distance considérable mais variable selon le niveau hiérarchique des services de santé

Dans ce sous-chapitre nous montrerons qu'il existe bien une corrélation positive entre la taille de l'aire d'attraction des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè et le niveau hiérarchique de ceux-ci. En d'autres termes, le coût moyen de la distance n'est pas le même selon que l'on cherche à atteindre, par exemple, un dispensaire ou un hôpital. Plus exactement, le coût relatif de la distance diminue avec l'augmentation escomptée du bénéfice tiré d'un déplacement plus lointain. Nous conviendrons d'appeler friction de la distance (*distance decay* en anglais) cette résistance physique, psychologique ou économique

qu'occasionne toute distance à parcourir, à "vaincre". La friction de la distance décrit la diminution plus ou moins rapide de l'interaction entre deux points, à mesure qu'augmente la distance les séparant (MEADE, FLORIN et GESLER, 1988).

Cette corrélation positive semble constituer un indice du bon fonctionnement spatial d'un système de santé hiérarchisé. La réalité est plus nuancée, comme nous le verrons. Les premiers signes de dysfonctionnement apparaissent en effet dès que l'on dépasse de simples comparaisons de taille entre les aires d'attraction des différents services de santé, pour considérer les limites de ces aires. Une troisième étape est franchie lorsqu'on analyse l'intensité de l'attraction des services de santé sur les différentes localités de leurs aires d'attraction. Il ne faut en effet pas se leurrer. Affirmer qu'un village est dans l'aire d'attraction d'un, deux, trois... services de santé n'implique pas forcément que ses besoins en soins de santé soient assurés. Nous l'avons déjà dit, les taux d'utilisation des services de santé sont très faibles au Bénin et nous avons dû adapter en conséquence le seuil minimal d'appartenance à une aire d'attraction (1 %!). La délimitation des aires d'attraction et la mesure de l'intensité de l'attraction sont capitales pour la planification sanitaire, puisqu'elles permettent d'identifier les espaces hors de toute aire d'attraction (indice d'attraction nul), les espaces aux confins d'aires d'attraction (indice d'attraction très faible et faible), mais aussi certains espaces proches des services de santé dont les habitants restent de modestes utilisateurs, tant il est vrai que d'autres facteurs que la distance jouent sur le niveau de recours. Ces deux étapes permettraient en outre d'identifier – mais nous n'en sommes pas encore là dans le Bénin rural – les zones surmédicalisées.

Nous étudierons successivement les aires d'attraction des différents niveaux hiérarchiques de services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè, en les comparant, le cas échéant, aux limites officielles de ces aires. Nous analyserons essentiellement la situation telle qu'elle se présentait en 1994, tout en signalant les évolutions significatives depuis 1992. Dans le troisième sous-chapitre, nous analyserons plus globalement l'évolution entre 1992 et 1994 des flux de patients pour les trois niveaux hiérarchiques de services, en opposant l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

Cette analyse sera menée à deux échelles: régionale puis locale. A l'échelle régionale, nous examinerons la situation par localité pour l'ensemble de la sous-préfecture. Rappelons que par localité, il faut entendre les villages officiels – niveau le plus fin pour lequel les recensements de la population fournissent des chiffres – et les agglomérations, constituées de l'agrégat de plusieurs villages officiels, voire communes. L'échelle locale concerne les cas particuliers des agglomérations de Ouessè et d'Odougba. La première est constituée de tous les villages de la commune de Ouessè, sauf Attata, et des villages de la commune de Laminou; la seconde rassemble les cinq villages de la commune d'Odougba. Au-delà des tendances globales dégagées pour ces agglomérations dans l'étude régionale, cette analyse plus fine vise à montrer qu'à l'intérieur même des agglomérations il existe d'importantes disparités d'utilisation des services de santé, pour des frictions de la distance presque identiques. Nous n'avons par contre pas pu nous livrer à la même démonstration pour les deux villages constituant l'agglomération de Kémon, ni pour les deux villages composant celle de Kilibo, car les agents de santé de ces deux communes ne distinguent pas les villages de l'agglomération lorsqu'ils indiquent la provenance de leurs patients dans les registres. L'infirmière de Djegbé, autre agglomération de trois villages, spécifie la provenance exacte de ses patients. Mais le nombre de consultations y est si faible, que nous en sommes resté au niveau de l'agglomération.

Afin de mieux mettre en évidence la diminution de l'interaction spatiale avec l'augmentation de la distance, nous avons systématiquement classé dans les tableaux suivants les localités par ordre d'éloignement croissant du service de santé considéré.

Le poids de la distance à l'échelle régionale: la sous-préfecture de Ouessè

Commençons cette analyse par l'établissement occupant le sommet de la pyramide sanitaire officielle à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, l'hôpital Saint-Martin de Papané, pour descendre progressivement vers la base de cette pyramide.

Aire d'attraction de l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané

La position éminente occupée par l'hôpital Saint-Martin est, rappelons-le, informelle. Elle constitue un état de fait facilement perceptible au travers du discours des habitants de la sous-préfecture, de leur comportement de recherche de soins de santé et... des habitudes de référence des agents de santé publics.

Basée sur le Tableau 62, une carte indiquant la provenance des patients au moyen de cercles proportionnels au nombre de consultations effectuées donne déjà une assez bonne image de l'extension de l'aire d'attraction de cet hôpital. Nous pouvons y voir que, en 1994, toutes les localités de la sous-préfecture de Ouessè envoient des patients à l'hôpital Saint-Martin. La sous-préfecture de Ouessè ne constitue d'ailleurs qu'une petite moitié de l'aire d'influence de cet hôpital, qui s'étend bien davantage en direction du sud que du nord. Ses limites sont approximativement Tchatchou au nord (dans la sous-préfecture de Tchaourou), Savé au sud (dans la sous-préfecture du même nom), la rivière Okpara à l'est et le fleuve Ouémé à l'ouest. Il n'est pas rare de voir à l'hôpital Saint-Martin quelques patients venant d'aussi loin que Glazoué, Dassa-Zoumé (au sud de son aire d'attraction) et même au-delà. Cela s'explique autant par le faible coût des opérations chirurgicales¹ à Saint-Martin, relativement aux grands centres de santé publics, que par la bonne réputation de cet hôpital. Nous avons déjà expliqué ailleurs les raisons de l'asymétrie nord-sud de son aire d'attraction (cf. partie II, chap. 1A).

Si toutes les localités de la sous-préfecture envoient des patients à l'hôpital Saint-Martin, le nombre de ces derniers varie évidemment beaucoup d'un lieu à l'autre, surtout en fonction de la taille de la localité, de la distance la séparant de l'hôpital, de sa position par rapport aux réseaux de transport et du niveau de concurrence d'autres services de santé. Il apparaît clairement que la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè, et tout particulièrement le nord-est (communes de Toui, Kémon et Kilibo), fournit à l'hôpital Saint-Martin l'essentiel des patients provenant de cette sous-préfecture. En 1994, 63 % des consultations impliquent en effet des ressortissants de l'Est. A elle seule, la commune de Toui, la plus peuplée des neuf communes de la sous-préfecture et la plus proche de l'hôpital Saint-Martin, engendre 37,6 % du total des consultations ou presque 60 % des consultations de l'Est. Moins peuplée et plus éloignée, la commune de Kilibo ne génère que 18,4 % des consultations de l'Est; alors que la petite commune de Kémon et la commune déjà bien éloignée de Challa Ogoï n'engendrent chacune qu'un gros 10 % des consultations. Pour la moitié ouest de la sous-préfecture, il est à remarquer que les habitants de l'agglomération de Ouessè (environ 13'300 personnes), surutilisent l'hôpital Saint-Martin par rapport aux autres résidents de cette partie de la sous-préfecture. L'agglomération de Ouessè compte en effet à peine 48 % des habitants de l'Ouest, mais génère 63 % des consultations de l'Ouest à l'hôpital Saint-Martin. Ce constat est d'autant plus étonnant que l'agglomération de Ouessè est la seule localité de la sous-préfecture disposant d'un service de santé d'un niveau aussi élevé – en théorie du moins – que celui de l'hôpital confessionnel. Il s'agira évidemment d'essayer d'expliquer ce fait troublant.

¹ Cela vaut évidemment plus pour les opérations programmables, des hernies surtout, que pour les urgences chirurgicales.

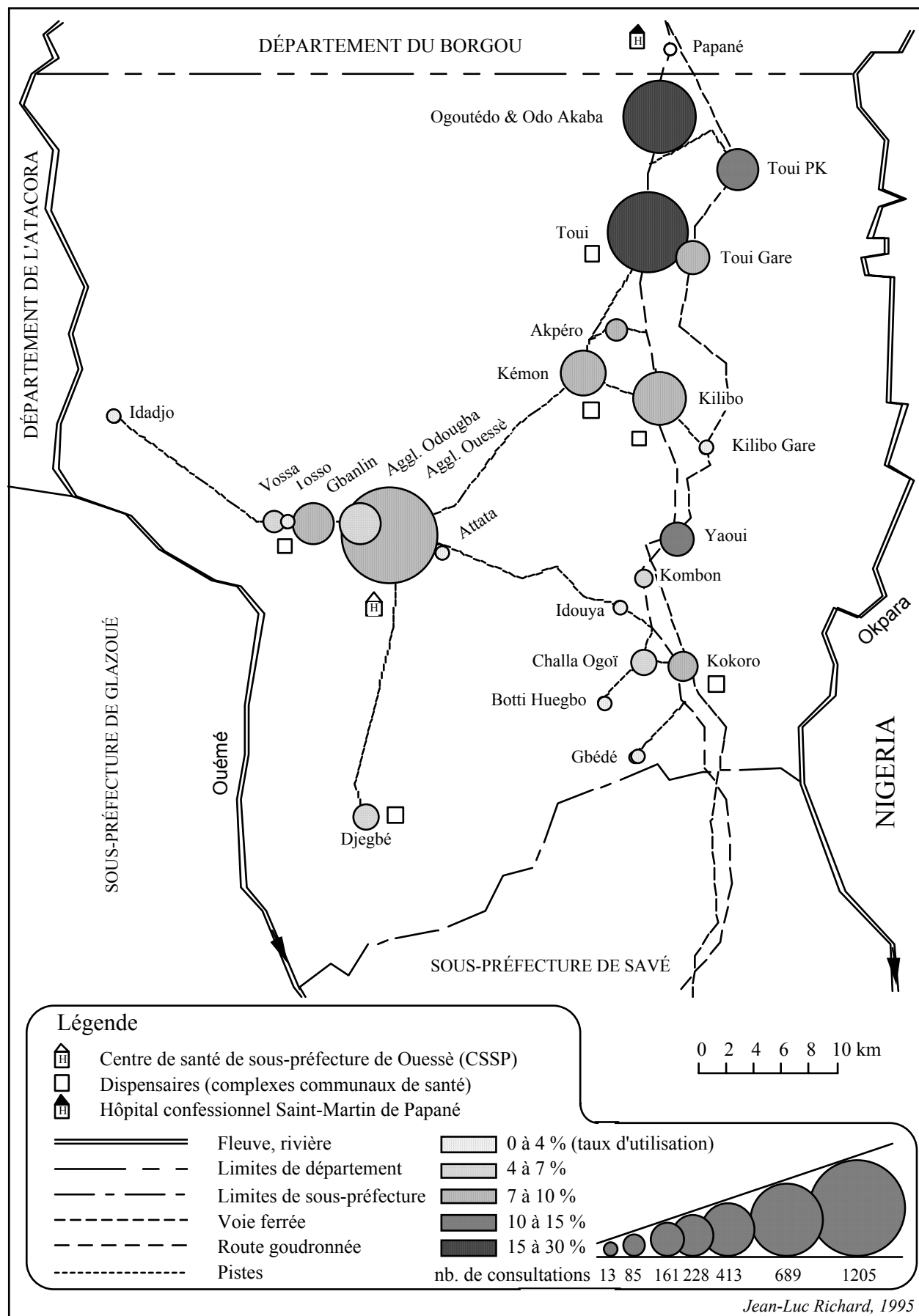


Figure 38 Nombre de consultations et taux d'utilisation par localité à l'hôpital Saint-Martin de Papané, en 1994 (sources: fichiers de patients et recensement de 1992).

La surutilisation relative de l'hôpital Saint-Martin par les habitants des villages les plus proches de cet établissement ressort bien de la Figure 38. Si les taux d'utilisation étaient insensibles à la distance, x % des habitants de la sous-préfecture de Ouessè devraient engendrer la même proportion du total des consultations curatives effectuées par les habitants de cette sous-préfecture. Sur la Figure 39, la population cumulée en pour cent devrait alors être égale au nombre de consultations en pour cent, quelle que soit la distance. On observe toutefois un écart important entre population et consultation, qui correspond à la surutilisation relative des personnes habitant le plus près de l'hôpital Saint-Martin. Ainsi, par exemple, les personnes habitant à moins de 6 kilomètres de l'hôpital constituent seulement 4 % de la population de la sous-préfecture mais effectuent 13 % du total des consultations, soit 3,2 fois plus que ne le voudrait leur seul poids démographique. Avec l'augmentation de la distance, cette surutilisation relative s'estompe, au fur et à mesure que l'on incorpore des populations qui consultent moins que ne le voudrait leur taille. De sorte que, par exemple, les 93 % d'habitants de la sous-préfecture résidant à moins de 56 kilomètres (distance de Vossa) de l'hôpital confessionnel n'effectuent guère plus de consultations (98 %, soit 1,04 fois plus) que leur poids démographique.

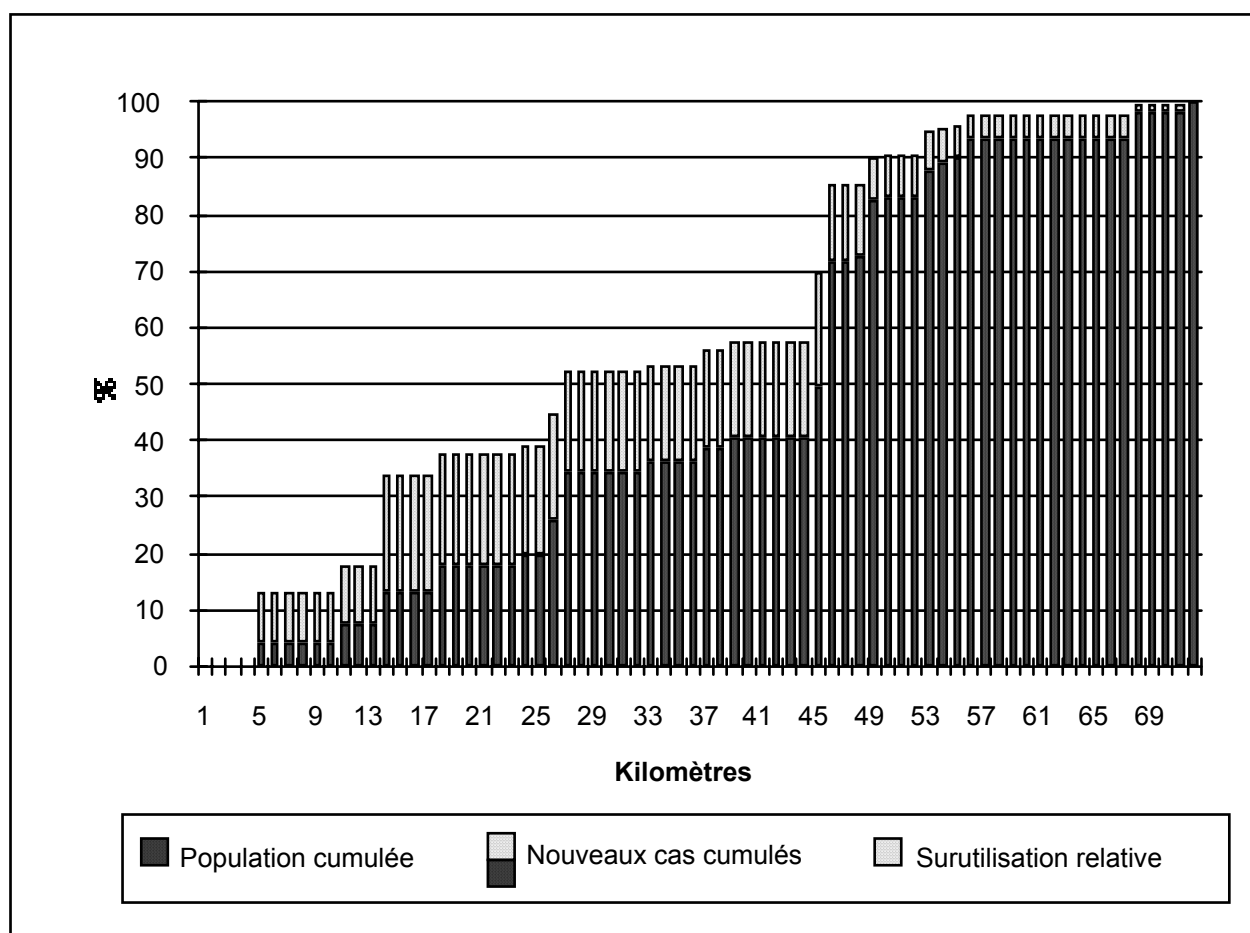


Figure 39 Ecart selon la distance entre la population cumulée par village officiel de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de consultations curatives ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin, en 1994 (sources: fichier de patients et recensement national de la population de 1992).

N.B. La hauteur totale de chaque colonne représente la proportion des consultations curatives ambulatoires effectuées par les patients habitant à moins de x kilomètres de l'hôpital Saint-Martin. Cette figure se lit ainsi, par exemple: 35 % de la population de la sous-préfecture de Ouessè habite à 27 kilomètres ou moins de l'hôpital Saint-Martin et y a effectué, en 1994, 53 % du total des consultations impliquant des patients venant de la sous-préfecture de Ouessè.

Tableau 62 Indice d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (sources: fichiers de patients et recensement national de la population de 1992 réactualisé).

	Consul- -tations	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
	N	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
Ogoutédo + Odo A.	689	99.0	5	13.3	3	29.9	5	13
Toui	843	52.0	5	16.2	4	26.5	5	14
Toui PK	239	94.5	5	4.6	2	12.9	4	11
Toui Gare	182	48.5	4	3.5	2	7.1	3	9
Akpéro	85	61.6	5	1.6	2	7.7	3	10
Kémon	282	19.5	3	5.4	2	8.8	3	8
Kilibo	413	31.9	4	7.9	3	8.5	3	10
Kilibo Gare	29	54.7	5	0.6	0	2.9	2	7
Yaoui	161	82.1	5	3.1	2	11.8	4	11
Kombon	59	47.6	4	1.1	1	6.4	3	8
Kokoro	131	29.2	4	2.5	1	7.6	3	8
Challa Ogoï	97	33.9	4	1.9	1	6.6	3	8
Idouya	22	24.2	3	0.4	0	3.0	2	5
Botti Houegbo	14	21.5	3	0.3	0	3.5	2	5
Gbédé	33	62.3	5	0.6	0	3.8	2	7
Aggl. de Ouessè	1205	22.2	3	23.2	4	9.1	3	10
Attata	13	8.2	2	0.3	0	2.5	2	4
Aggl. d'Odougba	242	25.1	4	4.7	2	4.4	2	8
Gbanlin	228	16.7	3	4.4	2	9.0	3	8
Tosso	15	2.7	1	0.3	0	3.0	2	3
Vossa	91	8.6	2	1.8	1	5.1	3	6
Djegbé	107	31.8	4	2.1	1	4.3	2	7
Idadjo	16	25.4	4	0.3	0	1.4	1	5

Légende: Taux de dépendance de la population: proportion par localité des consultations effectuées à l'hôpital Saint-Martin par rapport au total des consultations dans un service de santé formel.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'une localité par rapport au volume total des patients de l'hôpital Saint-Martin (provenant de la sous-préfecture de Ouessè seulement).

Taux d'utilisation: nombre de consultations par an à l'hôpital Saint-Martin pour 100 habitants.

N. B. Les villages sont énumérés selon la distance au service de santé étudié, du plus proche au plus éloigné.

Les taux d'utilisation par localité (nombre de consultations pour 100 habitants en 1994), visibles sur la Figure 40 ou sur le Tableau 61, sont extrêmement faibles, bien que fort variables.

Si nous ne sommes pas autrement étonné que les habitants d'Idadjo, village de la sous-préfecture le plus éloigné de l'hôpital Saint-Martin (72 kilomètres), non desservi par les taxis et coupé du monde plusieurs mois par année par les crues de la Beffa et de l'Ouémé, à moins de nager ou d'entreprendre un très long périple par le nord, n'utilisent l'hôpital confessionnel qu'à raison de 1,4 consultation pour cent habitants et par an, les taux d'utilisation pour les villages les plus favorablement localisés par rapport à cet hôpital paraissent bien faibles¹. Le village officiel d'Ogoutédo, composé de plusieurs villages et hameaux situés entre 4 et 7 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin, atteint péniblement un taux d'utilisation de 30 %. Plus éloignés (14 kilomètres) et disposant d'un complexe communal de santé, les habitants de Toui utilisent à peine moins cet hôpital confessionnel (26,5 %). Ces deux villages officiels sont pourtant directement reliés à Papané par un grand axe goudronné, desservi par des taxis fréquents. Le taux d'utilisation de toutes les autres localités de la sous-préfecture est inférieur à 13 %.

Bien que les taux d'utilisation fussent nettement meilleurs en 1992 et surtout en 1993, soit avant la dévaluation et l'augmentation des prix forfaitaires de prise en charge, la faiblesse de ces taux d'utilisation remet en question bien des idées reçues. Les acteurs de la santé au Bénin et nous-mêmes avons, à partir de la grande renommée de l'hôpital Saint-Martin et du nombre élevé de consultations et d'hospitalisations, un peu rapidement surestimé a priori son impact réel sur chaque localité.

A un discours presque toujours laudatif de la population sur l'hôpital Saint-Martin s'oppose en effet un discours souvent négatif, dès lors qu'il s'agit des services de santé publics. Cette différence d'image entre les secteurs confessionnel et public, plus précisément ici entre l'hôpital Saint-Martin de Papané et le CSSP de Ouessè, est corroborée par une visite, même rapide, de ces deux établissements. D'un côté, tous les lits d'hospitalisation sont occupés et même suroccupés, la salle d'opération est utilisée presque chaque jour ouvrable, sans parler des urgences, la nuit et les week-ends, les files d'attente s'allongent devant le ou les cabinet(s) de consultation et le laboratoire d'analyses médicales, les nombreux accompagnateurs et visites des patients hospitalisés animent l'hôpital et sa cour où l'on prépare les repas, fait la vaisselle, la lessive et la cuisine, cause, se repose... Si les quelques petits commerces, surtout des repas cuisinés, n'avaient pas été relégués juste à l'extérieur de l'hôpital, on se croirait souvent sur la place centrale d'un village. De l'autre côté, une enceinte immense, disproportionnée par rapport à l'emprise de bâtiments de taille pourtant respectable, une cour presque vide où l'on ne s'attarde pas, peu ou pas d'attente avant la consultation curative, beaucoup de lits d'hospitalisation vides et même des salles entières condamnées (manière la plus efficace et rapide d'augmenter le taux d'occupation des lits, puisque ces lits n'apparaissent plus dans les statistiques!), une salle d'opération non équipée jusqu'au printemps 1994, un technicien de laboratoire bien esseulé, un personnel souvent nonchalant, un médecin-chef adjoint abonné aux manuels médicaux (du moins celui en poste en 1992 et 1993), un médecin-chef abonné... aux abonnés absents (absences justifiées et loin d'être permanentes, nous tenons à le répéter)... Telle se présentait, en forçant à peine le trait, la situation dans ces deux hôpitaux très proches par la taille, durant de nos deux premiers séjours. Lors de notre troisième séjour, la comparaison se révélait un peu plus équilibrée, à cause d'une baisse d'activité dans l'hôpital confessionnel et d'une augmentation au CSSP.

¹ Rappelons que, dans le seul cas de l'hôpital Saint-Martin de Papané, nous avons dû prendre en compte toutes les consultations, y compris celles de santé maternelle et infantile (relativement peu fréquentes), alors qu'ailleurs nous nous sommes limités, conformément à l'usage dans le secteur public béninois, aux nouveaux cas (première visite pour un épisode de maladie) relevant des soins curatifs. Afin d'être comparables aux taux d'utilisation des services de santé publics, les taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin devraient donc être corrigés à la baisse, tout particulièrement ceux des villages les plus proches de cet établissement, dont les habitants utilisent davantage les consultations prénatales et multiplient plus facilement les visites pour un même cas.

Nous nous attendions donc à ce que les indicateurs du niveau d'activité fournissent des résultats bien plus flatteurs pour l'hôpital Saint-Martin que pour le CSSP. C'est bien le cas, pour les seules activités curatives, si l'on s'en tient au volume en chiffres absolus de consultations, d'hospitalisations et d'actes chirurgicaux. Par contre, le volume d'activité rapporté à chaque localité desservie, autrement dit le taux d'utilisation des prestations par localité, n'y est pas meilleur qu'au CSSP de Ouessè, pour les localités les plus proches de chacun de ces services de santé.

La conclusion s'impose: si l'activité est tellement intense à l'hôpital Saint-Martin, ce n'est pas, malgré son grand prestige, parce que la population de son aire d'attraction l'utilise plus fréquemment qu'un hôpital public, mais bien parce qu'il bénéficie d'une aire d'attraction réelle très vaste. De plus, ce n'est pas parce que cet hôpital jouit d'une excellente réputation bien au-delà des frontières de la sous-préfecture – même auprès de personnes n'en ayant pas une expérience personnelle – ni parce que beaucoup le citent comme un recours possible en cas de maladie, ou comme ultime recours après l'automédication et les services de santé locaux, qu'il sera effectivement fréquenté, le moment venu, par tous ces thuriféraires. Tout nous laisse donc croire que, hormis pour une partie des villages de la commune de Toui, l'hôpital Saint-Martin est essentiellement utilisé comme centre de référence ou plus exactement d'autoréférence, ou comme premier recours pour des problèmes de santé bien particuliers, les affections simples étant traitées par automédication ou/puis par recours à un dispensaire local. Comme l'atteste le graphique ci-dessous, cette fonction de centre de référence se manifeste clairement par un taux d'utilisation maximum plutôt faible, mais qui décroît assez modérément avec la distance, contrairement aux services de santé de premier échelon.

Le Tableau 62 et la Figure 40 montrent que la fréquentation de l'hôpital Saint-Martin de Papané diminue avec l'augmentation de la distance. Cette décroissance n'est ni linéaire ni même régulière. Comme c'est généralement le cas pour les interactions spatiales, cette diminution est d'autant plus forte que l'on habite près de l'hôpital. Un kilomètre de plus à parcourir représente en effet un coût relatif supplémentaire beaucoup plus important si l'on réside à trois qu'à trente kilomètres du service de santé. Cette variabilité de friction de la distance empêche malheureusement de calculer une relation simple et parlante entre distance et niveau d'utilisation, par exemple une formule du genre "le taux d'utilisation de tel service de santé diminue de 20 % pour chaque kilomètre supplémentaire à parcourir". L'équation des trois courbes, dont l'ajustement aux valeurs est relativement bon (r^2 compris entre 0,7 et 0,9), permet toutefois de calculer pour chacun des trois niveaux hiérarchiques de services de santé le taux d'utilisation en fonction de la distance. Ces équations ont donc une valeur prédictive, dont la pertinence s'étend à tout le moyen Bénin, aux densités de population et d'infrastructures sanitaires intermédiaires entre le Sud et le Nord.

Ces courbes permettent encore de déterminer approximativement le rayon¹ maximal de l'aire d'attraction des trois niveaux de services. Lorsque la courbe décroissante coupe l'abscisse (point (x, 0), le taux d'utilisation est nul. Tous les patients parcourent donc une distance inférieure ou égale à cette valeur "x" pour laquelle la valeur "y" est nulle. Il suffit alors de calculer cette valeur de "x" à partir de l'équation correspondant au niveau hiérarchique considéré, ou plus simplement de la lire sur le graphique. Ainsi, le rayon d'attraction maximal de l'hôpital Saint-Martin est d'environ 83 kilomètres, contre 28 kilomètres pour le CSSP de Ouessè et 11 kilomètres pour les CCS. Si nous limitons le rayon d'attraction aux seules localités pour lesquelles le taux d'utilisation estimé par les trois fonctions ci-dessus est d'au moins 1 % (plutôt que 0 %, seuil qui allonge beaucoup le rayon de l'aire d'attraction lorsque la courbe est "plate" vers la droite), ces valeurs sont respectivement de 75, 25 et 10 kilomètres.

¹ Ce terme usuel n'est pas très heureux, car il suggère des aires d'attraction circulaires, ce qui est rarement le cas.

Ces distances indiquent clairement que nous avons bien affaire à trois niveaux hiérarchiques distincts, alors que les autorités sanitaires béninoises tendent à placer sur un pied d'égalité l'hôpital confessionnel de Papané et le CSSP de Ouessè. Et encore, l'extension maximale de l'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin est ici artificiellement limitée par la prise en compte des seuls patients venant de la sous-préfecture de Ouessè, c'est-à-dire habitant au plus à 72 kilomètres. La prise en compte d'autres sous-préfectures, plus au sud (Savé, Glazoué) allongerait ce rayon maximal d'attraction, car la friction de la distance est moins forte le long de la route goudronnée qui les traverse qu'en direction de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

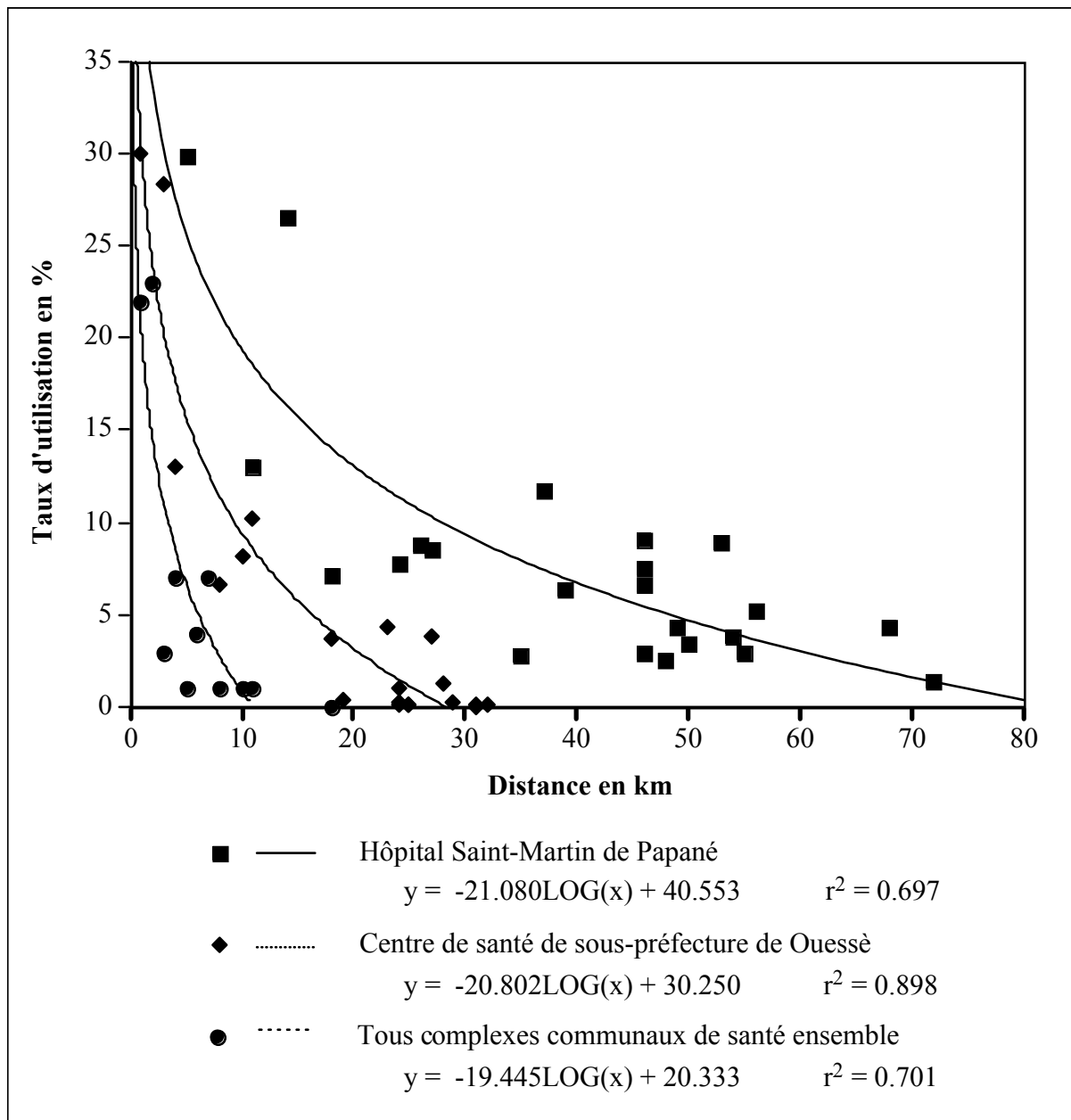


Figure 40 Taux d'utilisation par localité des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè en fonction du niveau hiérarchique et de la distance, en

1994¹ (source: registres et fichiers de patients ambulatoires des services de santé et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Décrivons au moyen de l'indicateur synthétique que nous avons construit, l'indice d'attraction, l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin de Papané au sein de la sous-préfecture de Ouessè. La carte d'attraction hospitalière ci-dessous a été dressée à partir de l'indice d'attraction pour chaque localité, calculé dans le Tableau 62, selon la méthode exposée plus haut. Nous nous contenterons ici, comme plus loin pour les autres services de santé, de commenter rapidement cette carte, renvoyant l'analyse des causes d'une telle structuration de l'espace autour de chaque service de santé au chapitre traitant de l'espace de soins des habitants de chaque localité (cf. partie III,

¹ r^2 est le coefficient de détermination qui mesure la qualité de l'ajustement de la courbe aux points. Il indique la part de la variance de y "expliquée" par les variations de x.

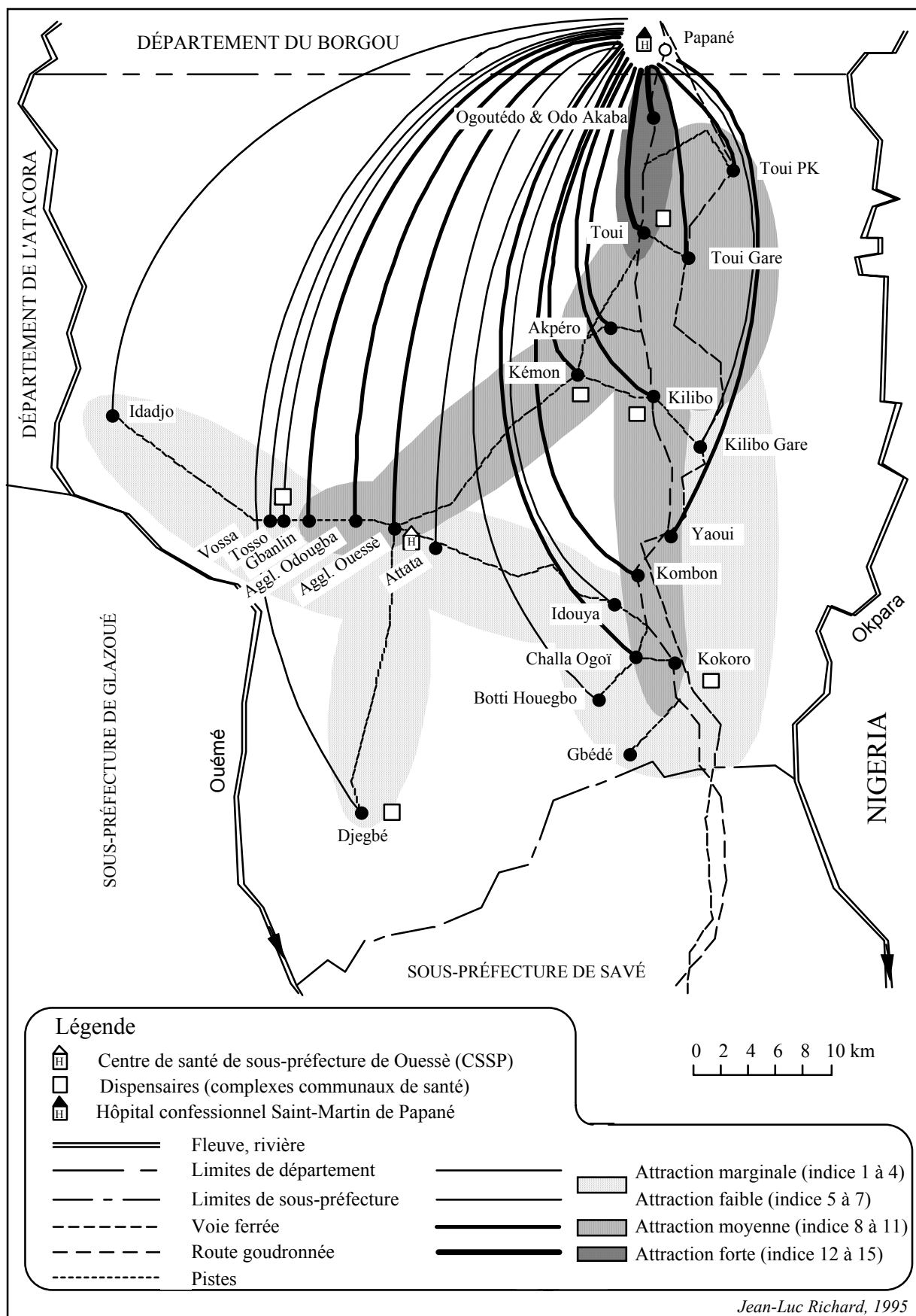


Figure 41

Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané en 1994 (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

chap. 3a). Il est en effet impossible d'analyser l'aire d'attraction de l'hôpital de Papané sans constamment faire référence aux autres services de santé desservant ou pouvant desservir les même localités. Autrement dit, les espaces médicaux des services de santé ne sont pas indépendants les uns des autres. Il convient donc de les analyser globalement.

Toutes les localités de la sous-préfecture de Ouessè sont incluses dans l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin, mais avec des niveaux fort divers d'intensité, nous l'avons déjà pressenti à travers l'étude sommaire des seuls taux d'utilisation. La lecture de la Figure 41 montre l'emboîtement de trois espaces distincts au regard de l'attraction qu'exerce sur eux l'hôpital Saint-Martin.

Il y a tout d'abord un espace très restreint s'étirant le long de l'axe goudronné entre Odo Akaba (village administrativement rattaché au village officiel d'Ogoutédo), à 4 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin et Toui, à 14 kilomètres. Il s'agit là, en direction du sud, du noyau dur de l'aire d'attraction de l'hôpital confessionnel (indice d'attraction de 13 et 14 sur un maximum de 15).

Un deuxième espace, sur lequel l'attraction de l'hôpital Saint-Martin est moyen (indices de 8 à 11), regroupe trois types de localités. Il y a tout d'abord deux villages relativement proches de l'hôpital, mais localisés à plusieurs kilomètres de la route goudronnée (Toui PK et Toui Gare). Il y a ensuite les villages situés sur la route goudronnée, ou tout près d'elle, mais déjà éloignés de 27 à 46 kilomètres de l'hôpital (Kilibo, Yaoui, Kombon, Kokoro et Challa Ogoï). Ces villages bénéficient d'une bonne desserte par les taxis. Il y a enfin les trois plus grosses localités de l'ouest de la sous-préfecture (si l'on excepte Djegbé, très isolé): les agglomérations de Ouessè et d'Odougba et Gbanlin. Assez éloignées de l'hôpital Saint-Martin de Papané et reliées à lui essentiellement par une piste, ces trois localités bénéficient cependant de taxis quotidiens pour s'y rendre et en revenir le jour même. Ces localités populeuses profitent également d'un certain effet de taille, auquel l'indice d'attraction est sensible par construction (à cause de sa composante "taux de dépendance de la ressource"). Implantés entre ces deux derniers types de localités, Kémon et Akpéro constituent une sous-catégorie intermédiaire entre les deux précédentes. Ces villages sont à la fois assez proches de l'axe goudronné (5 kilomètres au maximum) et sur la piste reliant l'ouest de la sous-préfecture à l'hôpital Saint-Martin.

Au-delà de cette deuxième zone, l'attraction de l'hôpital confessionnel sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè est faible, voire marginale, mais jamais nulle. La troisième zone est périphérique non seulement au regard de l'attraction de l'hôpital Saint-Martin, mais encore par rapport au centre de gravité de la sous-préfecture: éloignement – pour ne pas parler d'enclavement à l'intérieur d'une région elle-même enclavée pour Djegbé et Idadjo –, pas de route goudronnée, pas ou très peu de taxis, localités plutôt de petite taille sans statut de chef-lieu de commune, à l'exception encore une fois de Djegbé. Cette zone périphérique comprend à la fois des villages de l'est (Kilibo Gare), du sud-est (Idouya, Botti Houegbo et Gbédé) et surtout de l'ouest (Attata, Tosso, Vossa, Idadjo et Djegbé) de la sous-préfecture de Ouessè. A l'intérieur même de cette zone faiblement soumise à l'influence de l'hôpital Saint-Martin, deux villages se distinguent tout particulièrement par la faiblesse de cette attraction: Attata et Tosso. Paradoxalement, il ne s'agit de loin pas des villages les plus périphériques, bien qu'Attata soit mal situé par rapport aux flux de taxis pour le Nord. Nous tenterons d'expliquer plus loin (cf. partie III, chap. 4, sous-chap. a) le cas un peu particulier de ces deux petits villages.

Les aires d'attraction figurant sur la Figure 41 sont à l'évidence des extrapolations assez grossières, puisqu'elles incluent des zones peu peuplées, habitées temporairement ou même vides d'habitants, pour lesquelles nous n'avons pas d'information. Les éventuels habitants de ces zones sont en effet enregistrés avec ceux du village dont ils dépendent administrativement. Une telle carte permet toutefois de visualiser clairement le poids de la distance, des voies de

communication et de leur orientation sur l'espace médical d'un service de santé. L'attraction est forte à moyenne le long des deux axes routiers, sud/nord et sud-ouest/nord-est, conduisant à l'hôpital Saint-Martin. Elle est par contre faible à marginale le long de l'axe nord-ouest/sud-est.

Aire d'attraction pour les soins curatifs du centre de santé de sous-préfecture de Ouessè

Le niveau d'utilisation du CSSP est très sensible à la distance: son taux d'utilisation est d'environ 30 % pour la population habitant à moins d'un kilomètre, de 10 % à 10 kilomètres, de 3 % à 20 kilomètres et de 0 % à 28 kilomètres (cf. Figure 40). Force est de constater que même avec cette définition excessivement large du rayon d'attraction – un taux d'utilisation d'au moins 1 % –, toute la sous-préfecture de Ouessè n'est même pas incluse dans l'aire d'attraction du CSSP de Ouessè. Tout le nord-est de la sous-préfecture lui échappe. Dans ce cas, l'espace médical réel est nettement plus restreint que l'espace officiel.

Il est par contre encourageant de constater que la population semble, sur la base de son comportement de recherche de soins, tout de même attribuer une position hiérarchique plus élevée à un CSSP qu'aux CCS. La Figure 40 montre en effet que les CCS sont plus sensibles à la friction de la distance que le CSSP. Cette différence de perception n'était pas forcément évidente a priori. Avant que n'ouvre le bloc opératoire du CSSP de Ouessè au printemps 1994, le médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin affirmait qu'un hôpital ne pratiquant pas la chirurgie de base n'est pas apte à jouer un rôle de centre de référence. Il assimilait alors le CSSP de Ouessè à un gros dispensaire, vision sans doute un peu excessive dans la mesure où un CSSP joue un rôle plus large, de direction et de supervision pour tous les CCS d'une sous-préfecture et de pharmacie centrale. L'incapacité des CSSP à tenir leur rôle de premier centre de référence est cependant explicitement admis par le Ministère de la santé (1993a):

Le plus souvent, le CSSP ne joue pas son rôle de référence, par manque de matériel technique (pas de bloc, par de radio). Les cas référés semblent souvent passer par le tri fait par une personne d'un niveau équivalent à celui qui a référé, et le passage devant le médecin n'est pas obligatoire si l'agent de tri estime qu'il peut le traiter. De plus, la gestion des cas référés ne comporte ni fiches de transfert, ni feed-back. Les CCS, conscients du rôle limité des CSSP en tant que structures de référence semblent adresser les malades vers d'autres structures plus adaptées, notamment confessionnelles (un tiers des transferts).

Appuyant ce constat, les responsables du Programme médico-sanitaire bénino-suisse relèvent que la maternité des CSSP "n'assure aucune prestation supplémentaire par rapport à celle d'un CCS" (PMSBS, 1993).

D'un point de vue strictement thérapeutique, il n'est donc pas évident de démontrer que la prise en charge dans un CSSP soit meilleure que dans un CCS. Dans les deux cas, le malade se trouve face à un infirmier. Dans les CSSP, l'activité thérapeutique du médecin est en effet assez limitée. A Ouessè, seules les personnes hospitalisées sont régulièrement visitées (deux fois par jour) par le ou les médecins. En quelque sorte, le CSSP regroupe donc sous son toit un niveau de base, le dispensaire tenu par des infirmiers, et un premier niveau de référence constitué du médecin, mais aussi du technicien de laboratoire, intervenant à la demande. De telles demandes sont dans la pratique plutôt rares. Si le médecin-chef adjoint, qui tient un cabinet à côté de la salle de consultation, souhaite voir des malades, il doit bien souvent en prendre l'initiative. La fréquence du recours au médecin dépend bien plus des habitudes de chaque infirmier que de la nature du cas examiné, signe évident de dysfonctionnement. Il n'en va d'ailleurs pas autrement pour le niveau de référence entre les CCS et le CSSP. Si les agents de santé de la périphérie réfèrent très peu de cas au CSSP, c'est bien en partie parce qu'ils estiment que ce centre de référence officiel est peu apte à apporter un plus par rapport à leurs propres prestations. C'est essentiellement pour les urgences chirurgicales qu'infirmiers et sages-femmes éprouvent la

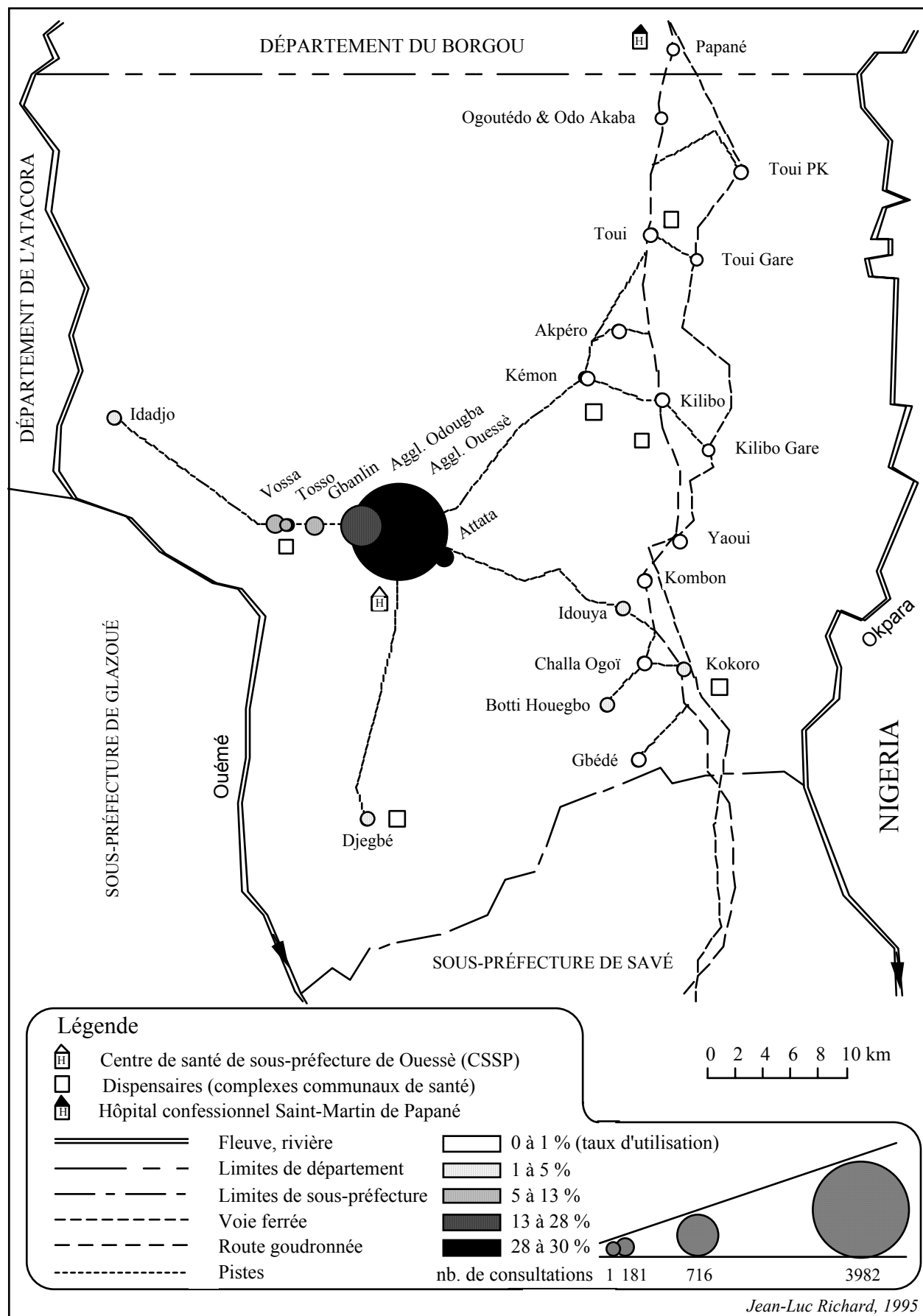


Figure 42

Nombre de consultations et taux d'utilisation par localité au CSSP de Ouessè, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de 1992 réactualisé).

nécessité de référer. Et là encore, ils se voyaient contraints, en tous cas jusqu'au printemps 1994, de se tourner vers l'hôpital Saint-Martin plutôt que vers leur centre de référence officiel. En définitive, seule une minorité de patients bénéficient au CSSP des compétences et des prestations supplémentaires qu'un tel service de santé peut apporter par rapport à un CCS: examen par un médecin, analyses de laboratoire, transfusions sanguines, hospitalisation. Un CSSP dispose d'un assortiment d'une centaine de produits pharmaceutiques, contre une trentaine pour les CCS. Mais là encore, il est vraisemblable que les infirmiers des CSSP n'utilisent pas pleinement ce potentiel thérapeutique supplémentaire.

Bien que l'hôpital Saint-Martin et le CSSP de Ouessè soient de taille similaire et qu'ils aient effectué en 1994 un volume d'activité curative comparable, leurs espaces médicaux offrent une configuration tout à fait différente. La comparaison des Figure 38 et Figure 42, indiquant la provenance brute et le taux d'utilisation par village pour l'hôpital confessionnel et pour l'hôpital public le prouve. La première carte montre une provenance très diversifiée des patients, avec une influence relativement faible de la distance sur les taux d'utilisation. La deuxième révèle au contraire une importante concentration de la provenance des patients, avec des taux d'utilisation fortement soumis à la friction de la distance.

En 1994, 73 % des nouveaux consultants au CSSP proviennent de l'agglomération de Ouessè, qui ne compte que 24 % de la population de la sous-préfecture et 48 % de celle de l'ouest de la sous-préfecture. Presque 89 % des nouveaux consultants habitent à 4 kilomètres ou moins (communes de Ouessè, Laminou et Odougba, soit presque 70 % de la population de l'ouest de la sous-préfecture et 35 % de la population de la sous-préfecture) de cet hôpital censé desservir l'ensemble de la sous-préfecture (cf. Figure 43). La presque totalité des patients (96 %) habitent à 11 kilomètres ou moins du CSSP, alors que seuls 44 % de la population de la sous-préfecture réside dans ce périmètre.

Sans friction de la distance, x % de la population devrait générer la même proportion de consultations. On observe en réalité une surutilisation relative du CSSP d'autant plus importante que la population réside près de lui. La proportion des nouveaux cas émanant de moins d'un kilomètre est 4,9 fois plus élevée que celle de la population qui y vit. La proportion cumulée des nouveaux cas provenant d'un rayon de 2 kilomètres est 3 fois supérieure à celle de la population cumulée qui y réside. Ce rapport est de 2,5 à 4 kilomètres, 2,3 à 10 kilomètres, 1,9 à 20 kilomètres et 1,3 à 25 kilomètres. En 1993, la proportion cumulée des nouveaux cas en fonction de la distance était très proche de celle observée en 1994. Il est à noter que la concentration des utilisateurs à proximité du CSSP est bien plus importante que celle relevée pour l'hôpital Saint-Martin (cf. Figure 39). Cela s'explique par l'absence de localités importantes à proximité de l'hôpital confessionnel, par son aire d'attraction plus large et par une friction de la distance inférieure pour ses patients.

Les communes de Ouessè, Laminou et Odougba ne disposent pas d'autres services de santé publics que le CSSP. Pour leurs habitants, ce dernier est donc sensé fonctionner à la fois comme un prestataire de soins de santé primaires et, le cas échéant, secondaires. Les trois autres communes qui envoient des patients au CCS (Gbanlin, Djegbé et Challa Ogoï) disposent par contre de complexes communaux de santé. Les patients issus de ces trois communes, soit seulement 11,5 % du total des nouvelles consultations au CSSP, devraient en théorie y rechercher des soins de santé secondaires, après un premier passage dans leurs CCS. Cela n'est généralement pas le cas, comme nous le verrons plus loin (partie III, chap. 3h).

Ces communes périphériques pèsent d'un poids inégal au sein de la clientèle du CSSP. Celle de Gbanlin a généré 432 nouvelles consultations en 1994, celle de Djegbé 111 et celle de Challa Ogoï seulement 57, pour une population de respectivement 5'910, 2'506 et 6'077

habitants. Il en résulte des taux d'utilisation par village insignifiants à faibles, comme l'atteste la Figure 42 et le Tableau 63.

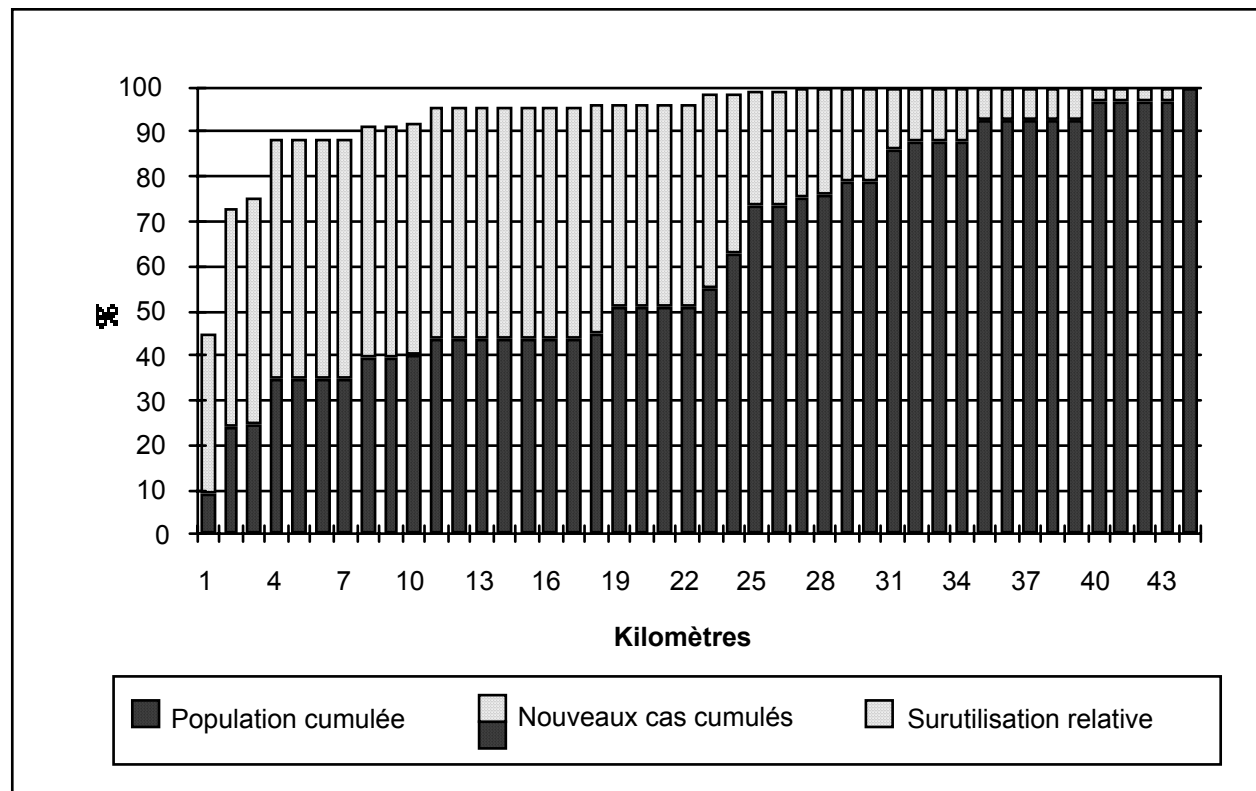


Figure 43 Ecart selon la distance entre la population cumulée par village officiel de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de nouveaux cas curatifs ambulatoires au CSSP de Ouessè, en 1994 (sources: registres de santé et recensement national de la population de 1992).

N.B. La hauteur totale de chaque colonne représente la proportion des nouveaux cas effectués par les patients habitant à moins de x kilomètres du CSSP. Cette figure se lit ainsi, par exemple: 40 % de la population de la sous-préfecture de Ouessè habite à 8 kilomètres ou moins du CSSP et a effectué 92 % de toutes les nouvelles consultations curatives ambulatoires pratiquées par le CSSP en 1994.

Une telle concentration des utilisateurs dans la périphérie immédiate des CSSP et des services de santé de base en général n'a rien d'exceptionnelle. Elle a aussi été relevée dans le district¹ de Tori Bossito (département de l'Atlantique) où 60 % des patients de consultation générale proviennent d'un rayon de 4 kilomètres regroupant 7 % de la population du district, de même que dans le district de Banté (Zou) où ces valeurs sont respectivement de 84 et 28 % (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). Pour la sous-préfecture d'Allada, Gnimadi (1994) relève aussi que la population fréquente les centres de santé modernes s'ils sont disponibles dans la localité même ou non loin de là. Dans le cas contraire, elle recourt aux guérisseurs et bien sûr à l'automédication. Il a aussi été relevé, pour d'autres sous-préfectures du Bénin, que les services de santé publics de base desservent principalement la minorité des habitants qui résident à moins de 5 kilomètres (BICHMANN, DIESFELD, AGBOTON [*et al.*] (1991). Au Ghana, Fosu (1986) a relevé que 70 % des patients d'un centre de santé proviennent d'un rayon de 3 miles, alors que seuls 23 % de la population de l'aire d'attraction officielle de ce centre y habitent. En Guinée, les taux d'utilisation pour les soins curatifs, les consultations prénatales et la vaccination sont

¹ Ancienne appellation des sous-préfectures.

beaucoup plus élevés pour la population vivant à moins de 5 kilomètres des services de santé que pour celle qui vit au-delà (LÉVY-BRUHL, KNIPPENBERG, SOUCAT [*et al.*] (1991).

Ces mêmes auteurs rapportent également que, au Bénin, le taux d'utilisation d'un échantillon de services de santé publics était de 15 % pour les soins curatifs, lorsque plus de la moitié de la population officiellement desservie habite à plus de 5 kilomètres, alors qu'il est de 26 % dans le cas contraire. L'influence de la distance y est encore plus forte pour les consultations prénatales: en 1991, selon que respectivement moins de 25 %, 25 à 50 % et plus de 50 % de la population officiellement desservie habite à plus de 5 kilomètres des services de santé, les taux d'utilisation sont de 40, 30 et 18 %. En milieu urbain, où la concurrence est beaucoup plus forte, l'aire d'attraction des services de santé de bas niveau est très limitée. A Douala par exemple, deux tiers à trois quarts des utilisateurs d'un dispensaire public proviennent du quartier même. C'est d'ailleurs la proximité qui, avant tout autre facteur, amène les patients à fréquenter ce dispensaire (HOURS, 1986).

Affinons maintenant cette définition globale de l'espace médical du CSSP de Ouessè, à l'aide de l'indice d'attraction calculé pour chaque village (cf. Tableau 63 et Figure 44).

Les variations d'intensité de l'attraction du CSSP déterminent quatre zones bien distinctes au sein de l'espace médical de cet hôpital (cf. Figure 44). Le noyau dur de l'aire d'attraction du CSSP s'étire sur 4 kilomètres, le long de l'axe routier est/ouest de la sous-préfecture, entre les agglomérations de Ouessè et d'Odougba. L'agglomération de Ouessè est soumise à l'attraction la plus forte, avec l'indice d'attraction maximal de 15. Un peu plus éloignée du CSSP et ne bénéficiant pas du même effet de taille que l'agglomération de Ouessè, l'agglomération d'Odougba voit son indice tomber à 12. A l'exception d'Attata, tout juste dans la zone d'attraction d'intensité moyenne (indice 11), cette zone d'influence maximale correspond aux localités les plus proches du CSSP, pour lesquelles cet établissement n'est concurrencé par aucun autre service de santé public.

La deuxième zone d'attraction, d'intensité moyenne, regroupe quelques villages, de part et d'autre de ce premier noyau dur, soit Attata, à 3 kilomètres à l'est, qui "pâtit" de sa petite taille et qui bénéficiait encore pour presque toute l'année 1994 de son UVS, Gbanlin, à 8 kilomètres à l'ouest, et Vossa, à 10 kilomètres à l'ouest. Ces deux derniers villages possèdent ou sont très proches d'un dispensaire ou d'une maternité offrant les soins curatifs. Situé entre ces deux villages et abritant un dispensaire attractif, le petit village de Tosso n'est déjà plus que faiblement attiré par le CSSP (indice 5).

Pour d'autres raisons, il en va de même des deux derniers villages officiels de l'ouest de la sous-préfecture: Idadjo, au nord-ouest, et Djegbé, au sud (indice de 7 dans les deux cas). La distance à parcourir s'allonge ici sensiblement: Djegbé est à 23 kilomètres et Idadjo à 27 kilomètres du CSSP, sans aucune desserte par les taxis pour ce dernier. De plus, Djegbé bénéficie de la présence d'un CCS, peu attractif il est vrai. Un troisième village, à l'est du CSSP, subit une attraction faible: Idouya (indice de 6). De tous les villages de la moitié est de la sous-préfecture, Idouya est le plus proche du CSSP (18 kilomètres). Nous avons souligné ailleurs (cf. partie I, chap. 1b) les difficultés rencontrées par les habitants de ce village pour se rendre en taxis dans un service de santé de la sous-préfecture, quel qu'il soit. Il est symptomatique de relever que Kémon, village localisé au nord-est du CSSP et presque aussi proche de ce dernier qu'Idouya (19 kilomètres), enregistre un indice d'attraction de 0. Ainsi, dans un rayon d'une vingtaine de kilomètres autour du CSSP son attraction est faible (indice 6 à 7), sauf dans direction de l'hôpital Saint-Martin où elle tombe à zéro.

Tableau 63 Indice d'attraction du CSSP de Ouessè sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (sources: registres des patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	Nouveau x cas	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
	N	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
Aggl. de Ouessè	3982	73.2	5	72.8	5	30.0	5	15
Attata	146	91.8	5	2.7	1	28.3	5	11
Aggl. d'Odougba	716	74.3	5	13.1	3	13.0	4	12
Gbanlin	167	12.2	3	3.1	2	6.6	3	8
Tosso	41	7.5	2	0.7	0	8.2	3	5
Vossa	181	17.1	3	3.3	2	10.2	4	9
Idouya	27	29.7	4	0.5	0	3.7	2	6
Kémon	12	0.8	0	0.2	0	0.4	0	0
Djégbé	111	32.9	4	2.0	1	4.4	2	7
Kokoro	17	3.8	1	0.3	0	1.0	1	2
Challa Ogoï	5	1.7	1	0.1	0	0.3	0	1
Akpéro	2	1.4	1	0.0	0	0.2	0	1
Kilibo	6	0.5	0	0.1	0	0.1	0	0
Kombon	1	0.8	0	0.0	0	0.1	0	0
Idadjo	43	68.3	5	0.8	0	3.9	2	7
Botti Houegbo	5	7.7	2	0.1	0	1.3	1	3
Yaoui	4	2.0	1	0.1	0	0.3	0	1
Toui	3	0.2	0	0.1	0	0.1	0	0
Kilibo Gare	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Gbédé	2	3.8	1	0.0	0	0.2	0	1
Toui Gare	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Ogoutédo + Odo A.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Toui PK	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0

Légende: Taux de dépendance de la population: proportion par localité des nouvelles consultations effectuées au CSSP de Ouessè par rapport au total des consultations dans un service de santé formel.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'une localité par rapport au volume total des patients du CSSP de Ouessè.

Taux d'utilisation: nombre de nouvelles consultations par an au CSSP de Ouessè pour 100 habitants.

Si l'on excepte Idouya, tous les villages de la moitié est de la sous-préfecture subissent de la part du CSSP une attraction nulle (le nord-est, à la fois plus éloigné du CSSP et plus proche de l'hôpital Saint-Martin que le sud-est) à marginale (le sud-est, principalement la commune de Challa Ogoï). Signalons le cas particulier que constitue le très petit village de Botti Houegbo (environ 400 habitants). Pour les trois années sur lesquelles porte notre étude, ce village est soumis de la part du CSSP à une attraction supérieure (indice 3) à celle s'exerçant sur les autres villages de la commune (généralement indice 1). Bien que cette influence reste marginale, cette

différence constante intrigue d'autant plus qu'il s'agit d'un petit village, ce qui tend à diminuer l'indice, que Botti Houegbo est enclavé et que la route pour le CSSP passe d'abord devant la maternité de Challa Ogoï, qui dispense aussi des soins curatifs. Nous pensons que cette surutilisation, toute relative,

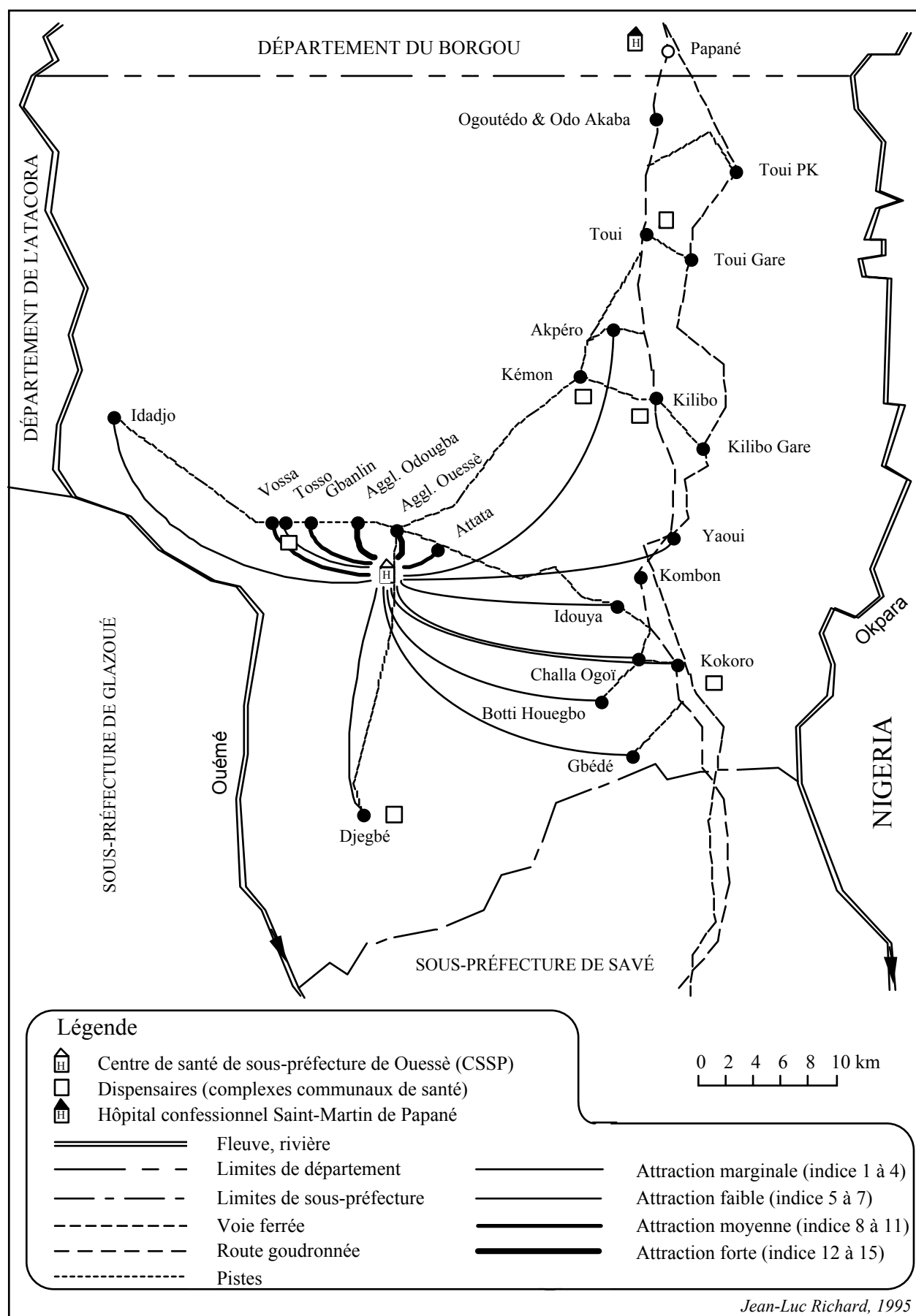


Figure 44

Aire d'attraction du CSSP de Ouessè, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

du CSSP s'explique par les relations privilégiées, qui n'ont rien à voir avec la santé, qu'entretient ce village avec l'agglomération de Ouessè et plus particulièrement avec le village de Botti, au sein de celle-ci. Botti Houegbo est en effet le seul village *mahi* implanté dans l'est de la sous-préfecture, en zone *nagot*. Qui plus est, le village de Botti, dans l'agglomération de Ouessè, a été fondé par des immigrés de Botti Houegbo. Malgré l'ancienneté de cet événement, Botti dépend toujours des chefs coutumiers de Botti Houegbo et les relations familiales restent intenses. Nous avons là un exemple montrant que les faits de santé – ici les itinéraires thérapeutiques – sont, ou au moins peuvent être, de bons indicateurs de la structuration générale d'un territoire.

Aires d'attraction des complexes communaux de santé (CCS) pour les soins curatifs

Depuis l'échec d'une politique de soins de santé primaires basés sur l'offre d'un premier recours sanitaire à l'échelle locale – les unités villageoises de santé desservies par un secouriste et une matrone –, les complexes communaux de santé constituent, au Bénin, le premier niveau des soins de santé. D'une offre de soins de santé de proximité, on passe à une offre de meilleure qualité, mais qu'il faut désormais quérir dans les chefs-lieux de communes.

L'aire d'attraction officielle d'un CCS se limite aux villages de la commune. Elle peut donc être de taille et de population très variables. Par exemple, la commune de Djegbé se réduit à une agglomération de trois villages officiels, soudés au point qu'il est impossible pour un non-autochtone de les distinguer¹. Celle de Kémon compte une petite agglomération de deux villages et un troisième village à 5 kilomètres. Par contre, la commune de Challa Ogoï comprend six villages officiels, assez dispersés. Comme chaque commune de la sous-préfecture de Ouessè est maintenant desservie par son propre CCS², il n'y a pas a priori de raisons pour qu'un patient sorte de sa commune pour visiter un CCS. En étudiant la taille et les limites de l'aire d'attraction de chaque CCS, puis l'intensité de leur attraction sur chaque village, il s'agit donc de vérifier que, premièrement, chaque village appartient à l'aire d'influence du CCS de sa commune et que, deuxièmement, aucun village ne relève de l'espace médical du CCS d'une autre commune que la sienne.

Il ressort de la Figure 45 que les utilisateurs des CCS proviennent presque exclusivement de la commune même, tout particulièrement du village abritant le CCS. Les taux d'utilisation des CCS s'effondrent en effet dès que les patients doivent parcourir quelques kilomètres, comme l'atteste la Figure 40: le taux d'utilisation moyen en 1994 de l'ensemble des CCS est d'environ 25 % à un kilomètre ou moins d'un CCS, de 7 % à 5 kilomètres et de 0 % à 11 kilomètres. L'aire d'attraction des CCS est donc petite. Comme de plus ce sont les plus gros villages qui abritent les CCS, il n'est pas étonnant qu'une majorité des nouveaux consultants de chaque CCS proviennent du village même³ où il est implanté: 64,9 % pour le CCS de Gbanlin (mais la quasi totalité des patients habitent à moins de 2 kilomètres de l'une des deux composante du CCS), 73 % pour celui de Challa Ogoï, 78 % pour celui de Toui, 92 % pour celui de Kilibo, 99 % pour celui de Kémon et 100 % pour celui de Djegbé. Chaque village, même les plus éloignés, envoie tout de même au moins quelques patients au CCS dont il dépend. Mais cette fréquentation est parfois négligeable: 4 patients d'Idadjo au CCS de Gbanlin, 7 d'Ogoutédo et 14 de Toui PK à celui de Toui, en 1994.

¹ Les terroirs de ces villages abritent bien sûr plusieurs hameaux et fermes isolées.

² Sauf celles de Ouessè, de Laminou et d'Odougba directement desservies par le CSSP de Ouessè.

³ Ou des villages dans le cas des CCS dissociés de Gbanlin et de Challa Ogoï.

Tableau 64 Indice d'attraction de chaque CCS sur les localités de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (source: registres de santé des CCS).

	Nouveau x cas	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
	N	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
CCS de Gbanlin (dispensaire de Tosso et maternité de Gbanlin)								
Gbanlin	970	71.1	5	43.1	5	38.4	5	15
Tosso	491	89.8	5	21.8	4	98.7	5	14
Vossa	787	74.3	5	34.9	5	44.4	5	15
Idadjo	4	6.3	2	0.2	0	0.4	0	2
CCS de Djegbé								
Djegbé	119	35.3	4	100	5	4.7	2	11
CCS de Challa Ogoï (dispensaire de Kokoro et maternité de Challa Ogoï)								
Kokoro	300	67.0	5	45.5	5	17.5	4	14
Challa Ogoï	184	64.3	5	27.9	4	12.6	4	13
Idouya	42	46.2	4	6.4	2	5.7	3	9
Kombon	64	51.6	5	9.7	3	7.0	3	11
B. Houegbo	46	70.8	5	7.0	3	11.5	4	12
Gbédé	18	34	4	2.7	1	2.1	1	6
Yaoui	5	2.6	1	0.8	0	0.4	0	1
CCS de Kémon								
Kémon	1153	79.7	5	98.6	5	35.8	5	15
Akpéro	16	11.6	3	1.4	1	1.5	1	5
CCS de Kilibo								
Kilibo	874	67.6	5	91.9	5	18.0	4	14
Kilibo Gare	24	45.3	4	2.5	1	2.4	2	7
Akpéro	27	19.6	3	2.8	1	2.5	2	6
Yaoui	26	13.3	3	2.7	1	1.9	1	5
CCS de Toui								
Toui	776	47.8	4	77.8	5	24.4	5	14
Toui Gare	193	51.5	5	19.3	4	7.5	3	12
Ogout.+O A	7	1.0	1	0.7	0	0.3	0	1
Akpéro	8	5.8	2	0.8	0	0.7	0	2
Toui PK	14	5.5	2	1.4	1	0.8	0	3

Légende: Taux de dépendance de la population: proportion par localité des nouvelles consultations effectuées dans un CCS par rapport au total des consultations dans un service de santé formel.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'une localité par rapport au volume total des patients des CCS.

Taux d'utilisation: nombre de nouvelles consultations par an dans les CCS pour 100 habitants.

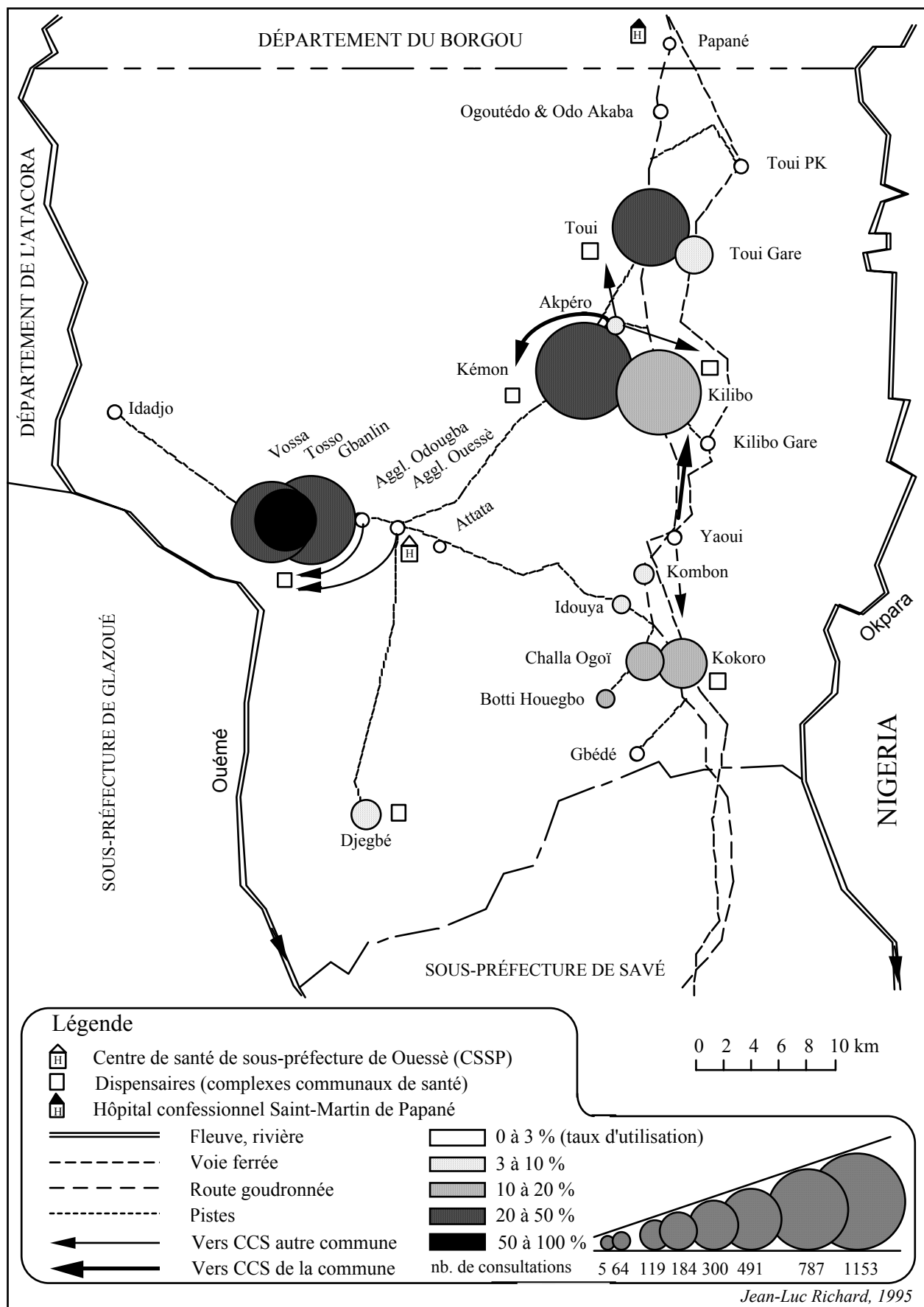


Figure 45

Nombre de nouvelles consultations et taux d'utilisation par localité dans les CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.

La Figure 46 met en relation, en fonction de la distance, la proportion cumulée de la population officiellement desservie par les CCS et la proportion cumulée des nouveaux cas enregistrés dans l'ensemble des CCS. On y observe d'une part que la couverture sanitaire est bonne et, d'autre part, que la surutilisation relative des CCS est d'autant plus grande que l'on habite à proximité. Soixante pour cent des habitants des communes desservies par un CCS habitent dans une des localités où ces derniers sont construits. Ils y effectuent 92 % des nouvelles consultations. Si presque toute l'activité curative des CCS semble dévolue aux villageois habitant à moins d'un kilomètre, il n'en demeure pas moins que leur surutilisation relative par ces derniers est nettement inférieure à celle du CSSP par des personnes en habitant à moins d'un kilomètre. En effet, les premiers consomment 1,5 fois plus (92 % / 60 %) de soins que ne le voudrait leur poids démographique, alors que les secondes en consomment 4,9 fois plus (49 % / 10 %).

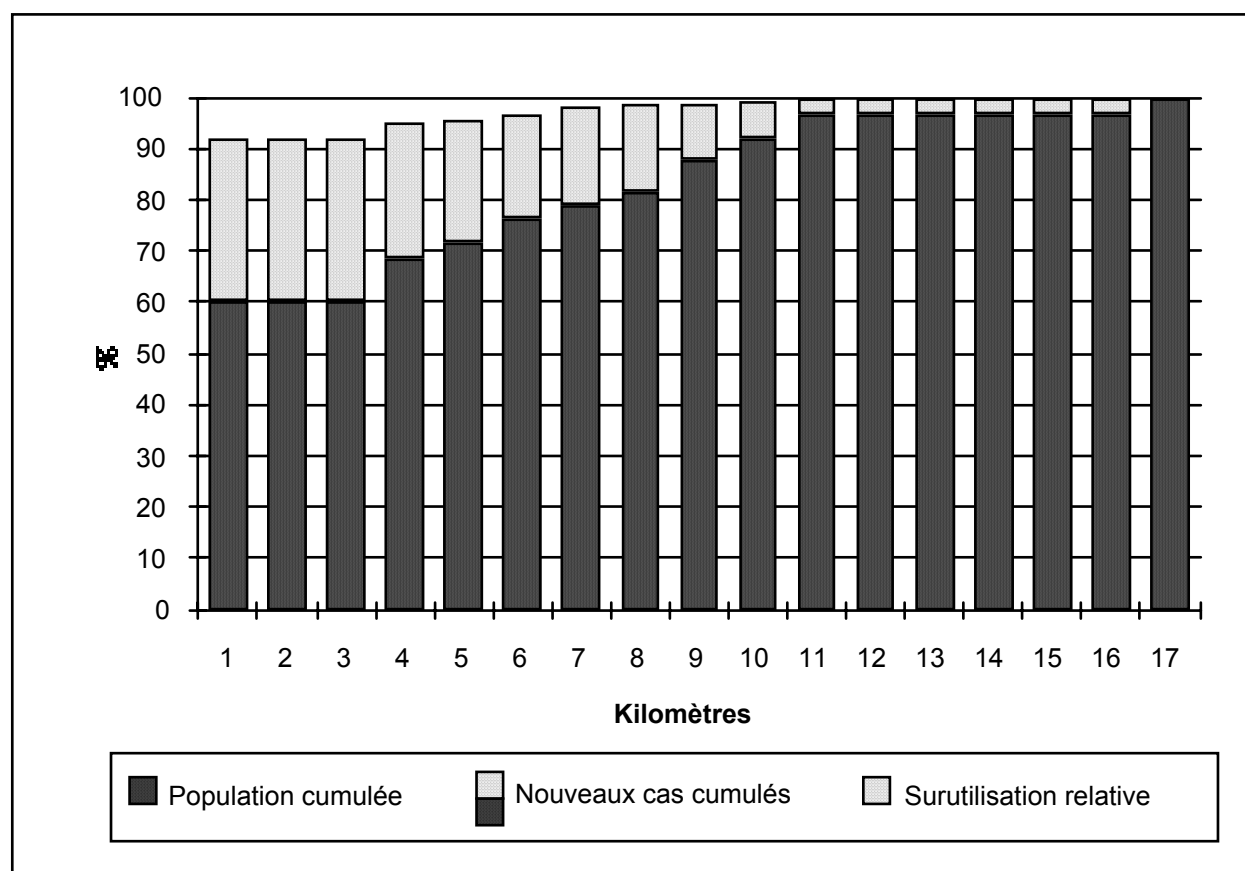


Figure 46 Ecart selon la distance entre la population cumulée par village des six aires d'attraction officielles des CCS de la sous-préfecture de Ouessè et la proportion cumulée par village de consultations curatives ambulatoires dans l'ensemble des CCS, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de 1992 réactualisé).

N.B. La hauteur totale de chaque colonne représente la proportion des nouvelles consultations curatives ambulatoires effectuées par les patients habitant à moins de x kilomètres du CCS le plus proche. Cette figure se lit ainsi, par exemple: 72 % de la population dépendant de l'aire d'attraction officielle d'un CCS habite à 5 kilomètres ou moins de l'un d'entre eux; en 1994, ces personnes ont effectué 96 % du total des nouvelles consultations enregistrées dans l'ensemble des CCS (les rares consultations curatives effectuées dans le CCS d'une autre commune ne sont pas prises en compte ici).

Non seulement le niveau d'utilisation par village est très sensible à la friction de la distance, mais encore il est généralement très bas, même pour les villages possédant un CCS. Alors que la distance ne peut guère être invoquée comme un frein à la fréquentation dans ces cas

là, les taux d'utilisation ne sont que de 44 % à Vossa, 38 % à Gbanlin, 36 % à Kémon, 24 % à Toui, 18 % à Kilibo et Kokoro, 13 % à Challa Ogoï et seulement 5 % à Djegbé. Seuls les habitants de Tosso effectuent une nouvelle consultation par personne et par an dans leur CCS, conformément à ce que l'OMS considère comme "normal" pour des soins de santé primaires dans le tiers monde. Nous verrons plus loin (cf. partie III, chap. 3f) que, même en cumulant les taux d'utilisation dans les différents services de santé employés, aucun autre village de la sous-préfecture n'approche ce taux de 100 %.

Les indices d'attraction, calculés dans le Tableau 64, de chaque CCS sur les villages de la sous-préfecture permettent d'affiner la première approche des aires d'attraction des CCS, présentée ci-dessus (cf. Figure 47).

Selon ces indices, tous les villages de la sous-préfecture relèvent de l'aire d'influence effective de l'un ou l'autre CCS, à l'exception des communes de Ouessè, Laminou et Odougba desservies par le CSSP de Ouessè. Dans chaque commune, l'indice d'attraction est toujours le plus fort pour le village abritant le CCS. Cet indice est alors toujours dans la catégorie de forte attraction (indice 12 à 15), sauf pour le CCS de Djegbé (indice 11). Potentiellement peu soumis à la concurrence d'autres services de santé, Ouessè étant à 23 kilomètres et Papané à 68 kilomètres, ce CCS retient pourtant difficilement les patients locaux. En 1994, ces derniers se sont équitablement répartis entre le CCS, le CSSP et l'hôpital Saint-Martin de Papané, sans parler des visites aux secouristes privés locaux. Il faut y voir la conséquence de la crise relationnelle profonde entre l'infirmière du CCS et la population de Djegbé.

Trois autres villages (Vossa, Botti Houegbo et Toui Gare), localisés entre 1 et 4 kilomètres de leurs CCS respectifs, font également partie de la zone de forte attraction. Il s'agit de villages proches d'un CCS, pour lesquels la piste menant vers un service de santé de rang supérieur passe devant le CCS.

La zone d'attraction moyenne est peu développée. Sans doute déjà trop proches de l'hôpital Saint-Martin de Papané, les CCS de Kilibo, Kémon et Toui voient leur influence passer abruptement de forte à faible ou marginale, dès que l'on sort du chef-lieu de la commune (Toui Gare excepté). C'est dans le sud-est de la sous-préfecture, déjà passablement éloigné de Papané, que l'on rencontre les deux seuls cas d'attraction moyenne, si l'on omet celui de Djegbé déjà évoqué: Idouya et Kombon. Plus éloignés du CCS que ceux des trois villages de la catégorie précédente (6 et 7 kilomètres), les malades de ces deux villages ne sont que moyennement attirés par un CCS par ailleurs peu dynamique.

Tous les autres villages sont faiblement ou marginalement attirés par leurs CCS, en raison notamment de l'éloignement de ceux-ci (6 à 17 kilomètres). Paradoxalement, cet éloignement donne aux patients de ces villages une marge de manoeuvre accrue. Devant déjà consentir un grand effort physique ou financier – le recours à un véhicule étant souvent indispensable – pour atteindre un CCS, les malades préfèrent fréquemment poursuivre leur route sans s'y arrêter et aller dans un service de santé de plus haut niveau: CSSP de Ouessè et plus souvent encore hôpital Saint-Martin de Papané. Le bénéfice attendu de la visite à un CCS semble suffisamment faible pour qu'elle ne se justifie que par un bas coût global. Les patients d'Idadjo offrent l'exemple le plus frappant d'un tel comportement. En 1994, seuls 4 d'entre eux ont visité le CCS de Gbanlin, à 18 kilomètres pour le dispensaire et à 19 kilomètres pour la maternité délivrant des soins curatifs, pourtant meilleur CCS de la sous-préfecture par le nombre de nouvelles consultations effectuées et le taux d'utilisation global. Ils étaient par contre 43 au CSSP de Ouessè, à 27 kilomètres, et encore 16 à l'hôpital Saint-Martin, à 72 kilomètres. Les patients de Gbédé en constituent un autre exemple marquant. Dix-huit d'entre eux sont allés au CCS de Challa Ogoï, à 8 kilomètres pour le dispensaire et à 11 kilomètres pour la maternité pratiquant aussi des soins curatifs; mais 33 à l'hôpital Saint-Martin, à 54 kilomètres.

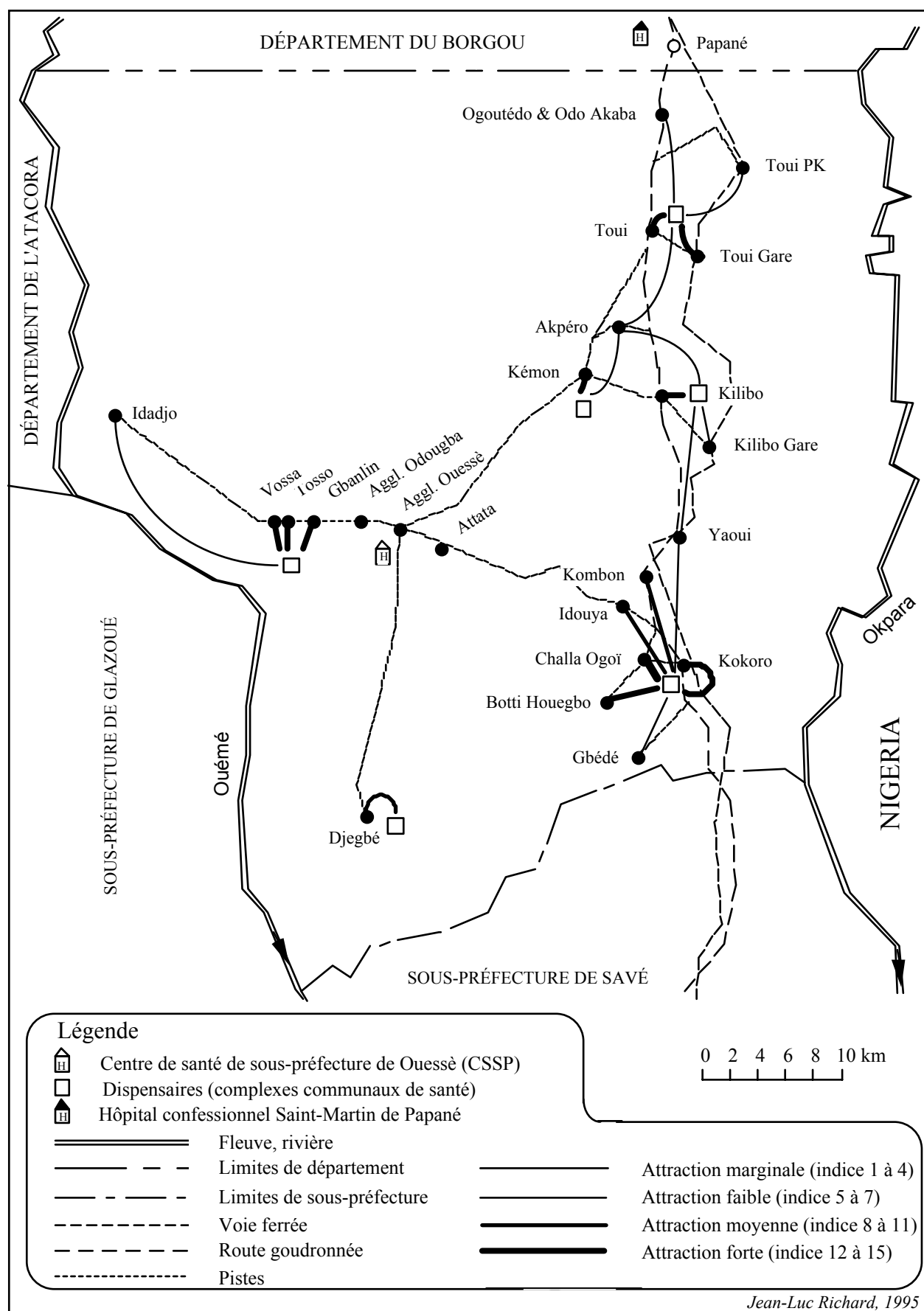


Figure 47

Aire d'attraction des CCS de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Habitant à mi-chemin des dispensaires de Kokoro et de Kilibo, les patients de Yaoui ne se rendent quasiment pas à Kokoro, à 11 kilomètres, peu à Kilibo, à 10 kilomètres, et massivement à l'hôpital Saint-Martin, pourtant presque quatre fois plus loin. Le village d'Akpéro est quant à lui situé au milieu d'un triangle dont les sommets sont occupés par les CCS de Kémon, Kilibo et Toui. Pourtant, davantage de patients d'Akpéro se rendent à l'hôpital Saint-Martin que dans ces trois CCS réunis.

Aussi proches sinon plus de l'hôpital Saint-Martin que du CCS de Toui, les villages officiels de Toui PK et d'Ogoutédo et les villages non officiels de Toui VAP, Sokoroko, Odo Akaba et Ayétoro sur la rivière Okpara échappent pour ainsi dire totalement à l'attraction du CCS.

Nous pouvons maintenant synthétiser les résultats de cette analyse de l'espace médical des CCS et vérifier les deux hypothèses posées en introduction, à savoir que tous les villages relèvent de l'aire d'attraction de leur CCS officiel et qu'aucun village n'appartient à celle d'un autre CCS. D'une manière générale, tous les villages de chaque commune relèvent bien de l'aire d'attraction effective du CCS auquel ils sont officiellement rattachés. Ce premier résultat, encourageant dans une perspective de recherche de la meilleure couverture sanitaire possible, doit toutefois être nuancé. Il y a tout d'abord quelques cas limites: Idadjo, trop éloigné de son CCS, ainsi que Toui PK et Ogoutédo, trop proches d'un autre service de santé de rang supérieur, qui ne relèvent que marginalement de leur aire d'attraction officielle. Ensuite, nous avons montré que l'intensité de l'attraction diminue très rapidement dès que l'on s'éloigne du CCS, ce qui se manifeste notamment par une chute du taux de fréquentation. Finalement, il faut rappeler que les indices d'attraction ont été calibrés sur le niveau moyen d'utilisation des services de santé, qui restent globalement fort bas.

Comme l'aire d'attraction réelle des CCS n'englobe déjà qu'avec peine les villages les plus éloignés de leurs CCS officiels, il n'existe pas de villages écartelés entre les espaces médicaux de deux ou trois CCS, à l'exception d'Akpéro, dont le cas particulier est détaillé ailleurs (cf. partie IV, chap. 2b), et, de façon tout à fait marginale, de Yaoui, à mi-chemin entre deux CCS également accessibles. Cette conclusion était prévisible: les prestations et les tarifs des CCS étant théoriquement homogènes, pourquoi aller chercher au loin ce que l'on peut trouver plus près?

En définitive, nous pouvons conclure que, à de rares exceptions près, chaque localité de la sous-préfecture de Ouessè relève effectivement d'au moins et d'au plus un espace médical de CCS: celui de son CCS officiel de rattachement. Il y a donc, à cette échelle, conjonction entre l'aire d'attraction théorique et l'aire d'attraction réelle. Par contre, l'intensité de l'attraction est globalement faible et fortement soumise à la friction de la distance.

La taille très différente, selon le niveau hiérarchique des services de santé, des aires d'attraction se répercute fortement sur la distance moyenne effectivement parcourue par les patients (soins curatifs) pour atteindre les trois types de services formels recensés dans la sous-préfecture. Elle est de 31,6 kilomètres pour l'hôpital confessionnel (pour les seuls patients provenant de la sous-préfecture de Ouessè), de 3,3 kilomètres pour le CSSP de Ouessè et en moyenne de 1,8 kilomètre pour l'ensemble des CCS. Comme l'a déjà relevé Stock (1983) à propos du Nigeria voisin, on observe donc une corrélation positive entre la longueur moyenne du déplacement et la position du service dans la hiérarchie. La très faible distance moyenne parcourue pour atteindre un CCS s'explique partiellement par la bonne couverture de la sous-préfecture en CCS (nombre et localisation). L'énorme écart relevé entre les deux hôpitaux – les distances moyennes sont dans un rapport de presque 1 à 10 – ne s'explique que partiellement par la plus grande centralité du CSSP de Ouessè. Cet écart doit largement être attribué à la position hiérarchique, perçue comme plus élevée, de l'hôpital confessionnel.

Aires d'attraction dominante des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè

Nous avons jusqu'à présent étudié successivement l'espace médical de chaque service de santé formel de la sous-préfecture de Ouessè. Nous aimerions maintenant fournir une image plus globale, de ces aires d'influence respectives, en nous focalisant sur ce que nous appellerons l'aire d'attraction dominante de chaque service de santé. Pour ce faire, chaque localité est attribuée à l'aire d'attraction du service de santé ayant le meilleur indice d'attraction pour la localité en question. Dans deux cas (Toui et Kilibo Gare), deux services de santé se partagent le meilleur indice. Ces deux villages appartiennent donc chacun à deux aires d'attraction dominantes. Ces deux cas mis à part, chaque localité est donc attribuée à une seule aire dominante, ce qui les polarise au maximum autour des services de santé les plus attractifs.

Sur la Figure 48, nous observons une fois de plus la prééminence de l'hôpital Saint-Martin de Papané. Non seulement aucun autre service de santé ne parvient à exercer une influence dominante sur autant de localités (sept), mais encore, aucune autre aire d'attraction dominante n'est aussi vaste. Deux autres particularités de cette aire sont à relever: son confinement dans la moitié est de la sous-préfecture et sa discontinuité. Malgré l'excellente réputation dont jouit cet hôpital, il est en effet remarquable qu'aucune localité de l'ouest de la sous-préfecture ne soit dans son aire d'influence dominante. Le contraire serait d'ailleurs fort inquiétant pour les services de santé publics locaux. Ce constat confirme l'une de nos hypothèses: plus qu'un service de premier recours, l'hôpital Saint-Martin constitue un centre de référence et surtout d'autoréférence pour les habitants de l'ouest de la sous-préfecture. De même, dans l'est de la sous-préfecture, il n'arrive pas à supplanter les CCS dans les localités où ceux-ci sont implantés et parfois dans d'autres localités proches; d'où cette discontinuité de l'espace médical dominant. Plus on s'éloigne vers le sud et plus cette emprise s'estompe, la friction de la distance n'épargnant aucun service de santé.

L'aire d'attraction dominante du CSSP de Ouessè se limite aux trois communes de l'ouest dépourvues de dispensaire: Ouessè, y compris le village d'Attata, Laminou, dans l'agglomération de Ouessè, et Odougba. Il faut encore y ajouter, et c'est une surprise de taille, le village isolé d'Idadjo, à 27 kilomètres. Nous avons expliqué plus haut pourquoi les habitants de ce village préféreraient consulter au CSSP, plutôt qu'au dispensaire de Tosso, plus proche. A l'exception d'Idadjo, le CSSP ne parvient donc pas à arracher un village à l'aire d'attraction officielle d'un CCS, contrairement à l'hôpital Saint-Martin. Une fois de plus, cela montre bien le pouvoir d'attraction supérieur de l'hôpital confessionnel. Mais par ailleurs cette situation est tout à fait normale: pour les communes dotées de CCS, le CSSP doit uniquement fonctionner comme un centre de référence laissant à ces derniers les premiers recours. Le fait que des villages comme Idadjo, Gbédé, Yaoui ou Akpéro relèvent de l'aire d'attraction dominante d'un hôpital lointain plutôt que de celle de leurs CCS constitue donc un signal d'alarme: les CCS ne répondent pas aux besoins de tous les villages.

Tout en bas de la pyramide sanitaire, si l'on excepte les UVS, les CCS résistent mal à la concurrence des deux hôpitaux, sauf dans le village même où ils sont implantés et dans la commune de Challa Ogoï, partiellement protégée par la distance. Leur pouvoir d'attraction n'est jamais dominant au-delà de 6 kilomètres.

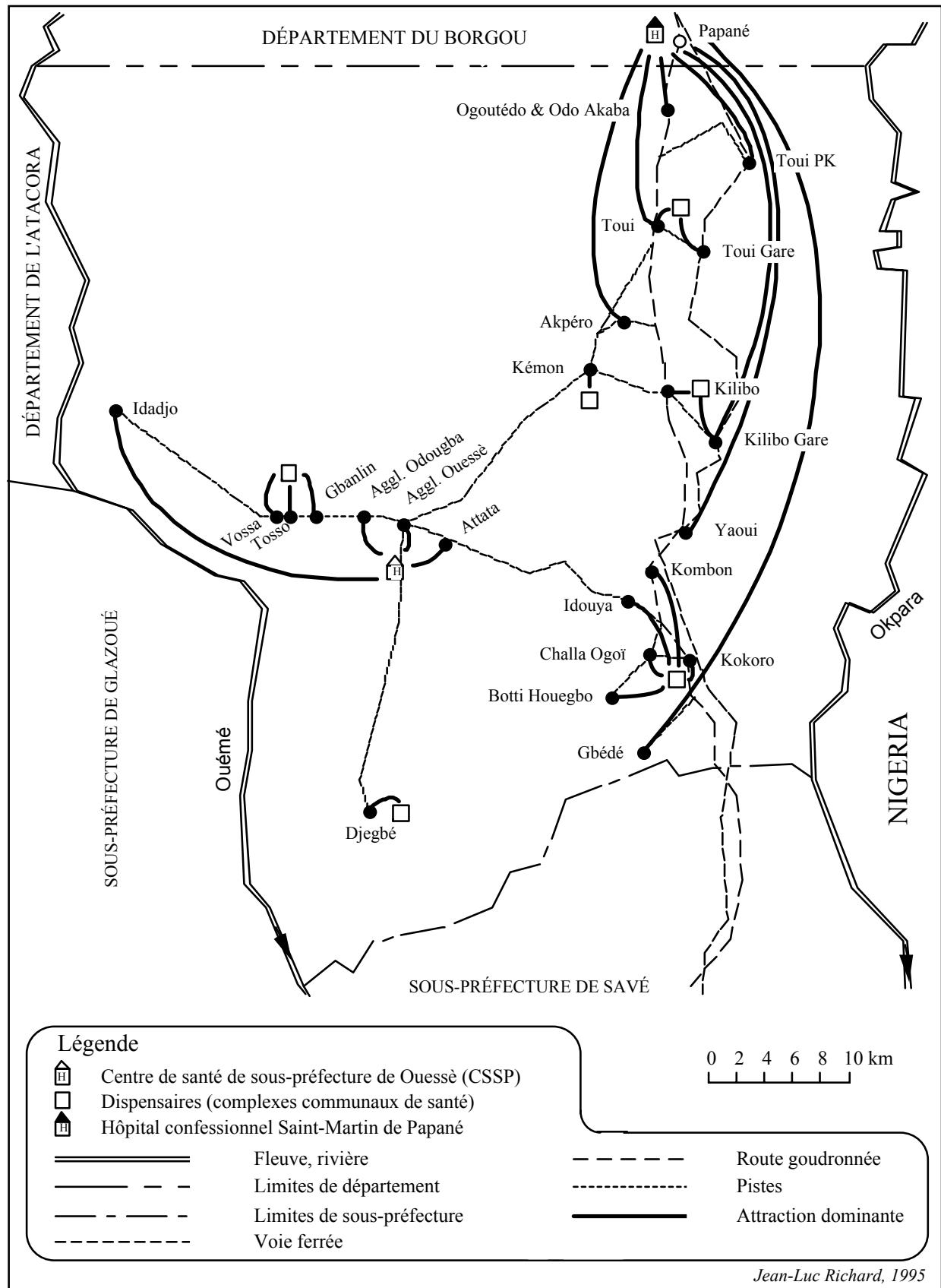


Figure 48

Aires d'attraction dominante des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè en 1994 (sources: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Aire d'attraction du secteur moderne informel, des guérisseurs traditionnels et des unités villageoises de santé

Comme nous l'avons indiqué en introduction, il ne nous est pas possible, faute de mention de provenance des patients, de définir les aires d'attraction des agents du secteur moderne informel avec la méthode utilisée pour le secteur formel. Il nous est toutefois possible de fournir quelques précisions sur l'extension des aires d'attraction à partir d'entretiens avec les agents de santé concernés et, pour deux infirmiers privés, à partir de recoupements entre leurs registres de patients nominaux, sans mention de provenance, et les registres nominaux, avec mention de provenance du CSSP de Ouessè, du CCS de Gbanlin et de l'hôpital Saint-Martin, pour l'année 1992.

Tenus par des infirmiers, la clinique privée de Laminou et le cabinet de soins de Botti, tous deux dans l'agglomération de Ouessè (commune de Laminou), recrutaient l'essentiel de leur clientèle dans l'agglomération de Ouessè, tout particulièrement dans sa moitié ouest (commune de Laminou), dont certains quartiers sont déjà à plus d'un kilomètre du CSSP de Ouessè. Il s'agissait donc d'une clientèle de proximité, surtout pour le cabinet de soins. Bénéficiant d'une réputation supérieure, la clinique attirait aussi quelques malades des communes d'Odougba et, dans une moindre mesure, de Djegbé et de Gbanlin. En fait, l'aire d'attraction de cette clinique devait passablement recouper celle du CSSP, avec des taux d'utilisation nettement inférieurs toutefois. L'infirmier qui la dirigeait aimait bien mettre en avant quelque cas isolés de patients venant de fort loin – Savalou notamment, d'où il était originaire – se faire traiter (surtout opérer de la hernie).

La particularité la plus saillante de ces deux établissements est sans doute qu'ils étaient parvenus à capter l'essentiel des patients *peul*, que ce soient les nomades ou les sédentaires installés de longue date en bordure de l'agglomération de Ouessè. Les prix pratiqués à la clinique privée étaient d'ailleurs si prohibitifs, par rapport au pouvoir d'achat des villageois, que les *Peul* en constituèrent pour ainsi dire les derniers clients, avant de disparaître à leur tour. Cet établissement était devenu "la clinique des *Peul*", qualificatif qui dans la bouche des autochtones signifiait qu'elle n'était pas à leur portée. Les *Peul* passent en effet pour riches dans la région. Ils ne chipoteraient pas sur les prix et paieraient comptant. Cette réputation est si bien établie que la plupart des commerçants, et sans doute aussi des agents de santé privés voire publics, pratiquent un prix spécial *peul*. Avec une clientèle partiellement nomade, l'espace médical de cette clinique devait être bien original... et mouvant!

Le poste de secours de Laminou, ouvert en 1994 par deux secouristes formés dans la clinique privée, dessert une clientèle fort locale. Presque tous les patients proviennent de la commune de Laminou: 70 % du village de Laminou, 14 % de Kpassa, 6 % de Gbémé et autant d'Attannondoho. La clientèle des quelques autres infirmiers et secouristes privés pratiquant à temps partiel ou complet (ce qui n'implique pas un volume de travail beaucoup plus important!) est elle aussi très locale. Elle provient du village, ou au mieux l'agglomération, où ils exercent (cf. partie II, chap. 1b). Les "infirmiers" itinérants visitant les villages de la sous-préfecture sont rarissimes. Par contre, l'infirmier privé de Kilibo se déplace au besoin dans les villages des environs, soit à Kilibo Gare, à Yaoui et à Akpéro. Le volume d'activité de la plupart de ces agents de santé est si faible que la notion d'aire d'attraction n'est plus guère pertinente, à supposer que l'on connaisse la provenance exacte de leurs patients.

Il en va aujourd'hui largement de même pour les guérisseurs traditionnels, délaissés, voire fuis, par la population, avec sans doute d'importantes variations locales (cf. partie II, chap. 1b). A l'image de l'infirmier de la clinique de Laminou, quelques-uns d'entre eux aiment monter en épingle les rares patients venus de loin pour les consulter. La réalité est beaucoup plus modeste. Les malades proviennent du village où habite le guérisseur ou, au mieux, d'un village des

environs. Chaque village possède son ou ses guérisseurs, mais il est parfois nécessaire de consulter ailleurs, car ils ne sont pas forcément spécialisés dans l'affection dont souffre le malade. De plus, n'étant pas professionnels, ils ne sont pas constamment présents, la priorité allant à leurs champs.

Les unités villageoises de santé (UVS) ne desservent que le village dans lequel elles sont implantées, ce qui est d'ailleurs leur rôle. Ce constat est une extrapolation à partir de la situation prévalant à Attata et à Toui PK, sans doute les deux villages possédant, jusqu'à fin 1994, les UVS les plus actives sur le plan curatif. Pour les quatre ou cinq UVS de l'agglomération d'Odougba, il ne restait plus en 1993 qu'un secouriste épisodiquement actif. Il est probable que, dans ce cas particulier, quelques-uns de ses patients proviennent aussi d'autres villages... de l'agglomération.

Effet de la distance à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba

Nous venons de voir que l'intensité de l'attraction d'un service de santé sur les localités environnantes décroît rapidement avec l'augmentation de la distance et que cette baisse est d'autant plus forte que le niveau hiérarchique du service est bas. Nous avons jusqu'à présent mené cette analyse à l'échelle de la sous-préfecture, avec des distances de plusieurs kilomètres entre les localités et les services de santé. Se pose maintenant la question de la sensibilité de l'attraction des services de santé à de très faibles variations de distance, pour des patients potentiels peu éloignés d'eux. Est-ce que, par exemple, habiter à 200 mètres ou à un kilomètre d'un service de santé change quelque chose à sa fréquentation? La friction de la distance pour de si faibles différences absolues de trajet devient-elle alors marginale, par rapport à d'autres facteurs d'utilisation des services de santé?

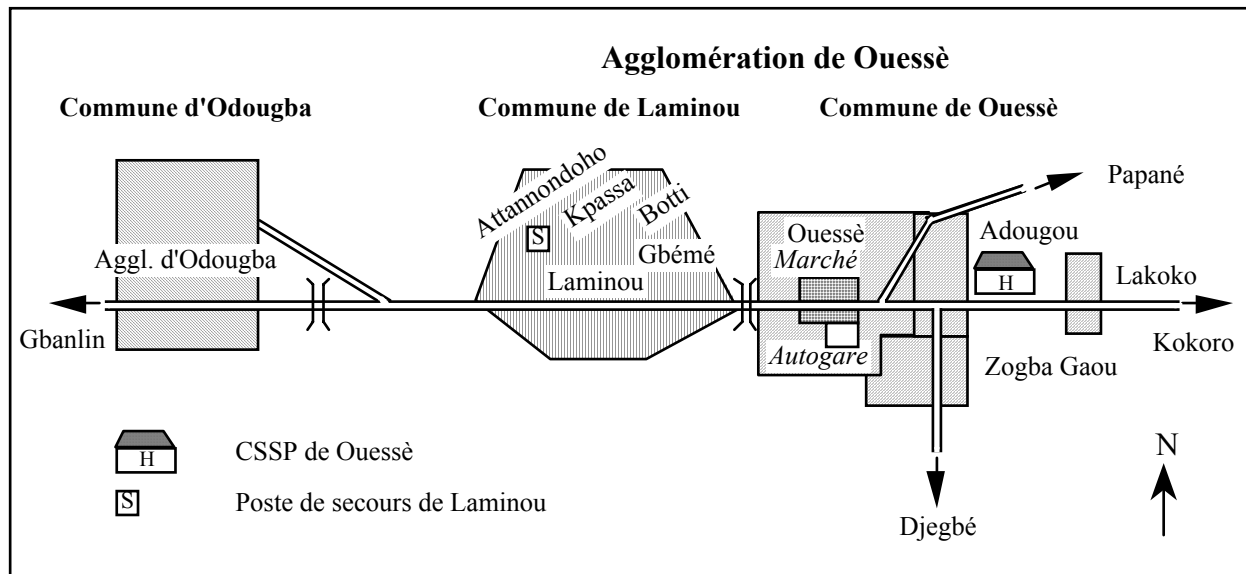
Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'étude des taux d'utilisation et des indices d'attraction des villages composant deux agglomérations voisines: Ouessè et Odougba. L'agglomération de Ouessè comprend neuf villages officiels regroupés en deux communes, celle de Ouessè (quatre villages au sein de l'agglomération) et celle de Laminou (cinq villages). Un ruisseau sépare les deux communes, mais il n'est pas possible à un non-autochtone de distinguer les limites des villages, tant ils sont imbriqués. Il en va de même pour l'agglomération et commune d'Odougba, composée de cinq villages. En raison de cette intrication des limites villageoises, nous ne dessinerons pas de cartes indiquant l'attraction des services de santé sur les différents villages.

Tous ces villages pourraient être considérés comme les quartiers d'un gros bourg (cf. Figure 49). Toutefois, leur statut officiel présente pour nous un avantage indéniable: ils sont individualisés dans les recensements nationaux de la population, ainsi que dans la notification de provenance dans les registres de santé. Pour chacun de ces "quartiers"¹, nous disposons donc des mêmes indicateurs d'utilisation des services de santé que pour les villages isolés.

Le nombre de consultations extrêmement élevé effectuées à l'hôpital Saint-Martin par des habitants du village de Ouessè relativement à ceux des autres villages de l'agglomération de Ouessè est peut-être en partie dû à un biais. Pour les années 1992 et 1993, tous les consultants provenant de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè y étaient enregistrés sous le nom générique de Ouessè. A notre demande, la précision de la provenance s'est progressivement accrue, au point que certains patients étaient même enregistrés sous le nom du hameau ou du quartier de village officiel d'origine. Certains agents de santé n'ont sans doute pas poussé le zèle aussi loin, se contentant selon l'ancien usage de la première mention de provenance fournie par le patient,

¹ Les guillemets s'imposent car politiquement et socialement il s'agit réellement de villages, avec leurs délégués (chefs de villages), conseillers et notables, sans parler d'un sentiment d'identité très fort.

plutôt que d'insister pour obtenir au moins le nom du village officiel. Quoi qu'il en soit, les habitants du village de Ouessè sont aussi surreprésentés, dans une moindre mesure il est vrai, au CSSP de Ouessè, où un tel biais n'existe pas. Le profil social des habitants de Ouessè n'est sans doute par étranger à cette surutilisation relative (beaucoup de fonctionnaires, d'"étrangers", de gens mieux éduqués que la moyenne). Il n'est pas non plus exclu que la très faible fréquentation de l'hôpital confessionnel par les ressortissants de Zogba Trékou (agglomération d'Odougba) soit en petite partie aussi due à un biais. Quelques patients ont en effet été inscrits comme provenant de Zogba. Or, il existe dans l'agglomération de Ouessè un autre Zogba (Zogba Gaou), plus peuplé, auquel nous avons attribué tous ces cas ambigus.



N.B.: Nous ignorons la localisation précise des cinq villages de l'agglomération d'Odougba, ce qui n'est pas gênant dans la mesure où on peut les considérer comme équidistants des services de santé les desservant.

Figure 49 Croquis de situation des agglomérations de Ouessè et d'Odougba (ce croquis n'est pas à l'échelle, à titre indicatif: 1 cm = environ 400 mètres).

Il convient d'analyser séparément la situation dans chacune des deux agglomérations, par rapport aux trois services de santé modernes les desservant en 1994. Nous supposons en effet que les faibles différences de distance ne jouent un rôle sur le niveau d'utilisation que là où les services de santé sont proches, comme c'est le cas pour les villages de l'agglomération de Ouessè relativement au CSSP et au poste de secours de Laminou. Par contre, les villages d'Odougba sont déjà trop loin du CSSP (environ 4 kilomètres), pour qu'une variation de quelques centaines de mètres du trajet à parcourir puisse jouer un rôle significatif sur la fréquentation. Cela est encore plus vrai, aussi bien pour les villages de Ouessè que d'Odougba, par rapport à l'hôpital Saint-Martin, à presque 50 kilomètres. Nous pensons donc qu'une éventuelle différence intervillageoise d'attraction ne peut pas, dans ces cas, être imputée à une variation de la distance, beaucoup trop faible par rapport à la distance à parcourir.

Nous commencerons par examiner l'attraction du service de santé de plus haut rang hiérarchique: l'hôpital confessionnel Saint-Martin (cf. Tableau 65). Mais nous serons bien vite amené à inclure dans l'analyse les deux autres services de santé desservant les agglomérations de Ouessè et d'Odougba (cf. Tableau 66 et Tableau 67), tant il est vrai que, en situation de concurrence, l'attraction d'un service n'est pas indépendante de celle des autres services.

L'éventail des indices d'attraction de cet établissement lointain sur des villages très proches les uns des autres est incroyablement ouvert. Il s'étend en effet de 1 à 12, pour un indice maximal potentiel de 15. Si l'on prend en compte les deux biais possibles évoqués ci-dessus et qui concernent précisément les deux extrémités de cet éventail, ce dernier se referme sans doute un peu. Mais cette restriction n'enlève rien au constat général d'une grande diversité d'attraction.

Tableau 65 Indice d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994 (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	N	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
		Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
Ouessè	546	25.9	4	10.5	3	20.4	5	12
Adougou	51	10.6	3	1.0	1	5.9	3	7
Zogba Gaou	44	15.8	3	0.8	0	4.6	2	5
Lakoko	14	5.5	2	0.3	0	2.3	2	4
Comm. Ouessè	655	21.0	3	12.6	3	12.8	4	10
Laminou	319	33.4	4	6.1	2	11.0	4	10
Kpassa	60	14.8	3	1.2	1	3.7	2	6
Botti	81	20.9	3	1.6	1	5.1	3	7
Gbémé	70	16.2	3	1.3	1	5.0	3	7
Attannondoho	20	14.2	3	0.4	0	3.1	2	5
Comm. Laminou	550	23.7	3	10.6	3	6.7	3	9
Aggl. Ouessè	1205	22.2	3	23.2	4	9.1	3	10
Odougba	80	25.6	4	1.5	1	4.4	2	7
Zogba Trékou	4	4.2	1	0.1	0	0.4	0	1
Tchédjannagnon	20	32.8	4	0.4	0	4.0	2	6
Dokoundoho	41	22.7	3	0.8	0	6.9	3	6
N'gbéhouédo	97	30.8	4	1.9	1	5.7	3	8
Aggl. Odougba	242	25.1	4	4.7	2	4.4	2	8

Légende: N: nombre de consultations.

Taux de dépendance de la population: proportion par village des consultations effectuées à l'hôpital Saint-Martin par rapport au total des consultations dans un service de santé moderne.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'un village par rapport au volume total des patients de l'hôpital Saint-Martin (provenant de la sous-préfecture de Ouessè seulement).

Taux d'utilisation: nombre de consultations par an à l'hôpital Saint-Martin pour 100 habitants.

Le taux de dépendance de l'hôpital Saint-Martin varie par exemple entre 0,1 (Zogba Trékou) et 10,5 % (Ouessè). Autrement dit, une consultation sur 1000 émanant de la sous-préfecture de Ouessè est le fait d'un habitant de Zogba Trékou, alors que le village de Ouessè génère à lui seul plus du dixième des consultations effectuées dans cet hôpital. L'agglomération

de Ouessè “pèse” pour un petit quart dans la clientèle de l’hôpital Saint-Martin¹. Entrant eux aussi dans le calcul de l’indice d’attraction, le taux de dépendance de la population et le taux d’utilisation sont peut-être plus intéressants à analyser en détail, car ils ne sont pas influencés par la taille des villages.

Là encore les disparités sont énormes. Seules 4,2 % et 5,5 % des consultations effectuées respectivement par les habitants de Zogba Trékou et de Lakoko se sont déroulées à l’hôpital Saint-Martin. A l’inverse, ce service de santé a reçu le tiers des consultants de Laminou et de Tchédjannagnon. Bien qu’à l’intérieur de chacune des trois communes cette proportion reste très variable, elle s’accroît légèrement en fonction de la distance à l’hôpital confessionnel (commune de Ouessè, 21 %; commune de Laminou, 23,7 %; commune d’Odougba 25,1 %). Voilà qui contredit ce que nous avons toujours observé jusqu’ici, soit la décroissance de l’influence d’un service de santé avec l’augmentation de la distance. Ce paradoxe n’est qu’apparent. Il repose sur une analyse trop parcellisée du fonctionnement de la quête thérapeutique. Ce n’est en effet pas les faibles variations relatives de distance entre ces trois communes voisines et l’hôpital Saint-Martin de Papané qui influencent le taux de dépendance de la population envers ce service de santé, mais bien la friction de la distance variable entre ces communes, voire villages les composant, et le proche CSSP de Ouessè. Le croquis de situation ci-dessus (cf. Figure 49) va nous aider à expliciter cette affirmation.

Les villages les moins inféodés à l’hôpital Saint-Martin sont, par définition du taux de dépendance de la population, ceux qui sont le plus intensément attirés par d’autres services de santé, en l’occurrence le CSSP de Ouessè et, dans une bien moindre mesure, le poste de secours de Laminou. Pour l’ensemble des habitants de l’agglomération de Ouessè, l’autogare, située au sud du marché de Ouessè, constitue le point de départ pour l’hôpital Saint-Martin de Papané. Les habitants de l’agglomération d’Odougba prennent les taxis venant de Vossa et Gbanlin, sur la piste principale traversant l’agglomération. La localisation des villages par rapport à ces deux “portes d’entrée” pour l’hôpital Saint-Martin et par rapport au CSSP de Ouessè semble déjà expliquer une partie du choix entre les deux hôpitaux. Si l’on excepte le cas sans doute biaisé de Zogba Trékou, les deux villages les moins dépendants de l’hôpital Saint-Martin sont Lakoko (taux de dépendance de 5,5 % contre 22 % et 25 % en moyenne pour les agglomérations de Ouessè et d’Odougba) et Adougou (10,6 %), soit les deux villages plus proches du CSSP que des taxis. Cette dépendance envers l’hôpital Saint-Martin augmente pour Zogba Gaou (15,8 %), village situé à mi-chemin entre l’autogare et le CSSP. Elle s’accroît encore pour le village de Ouessè (25,9 %), construit autour de l’autogare. Encore un peu plus loin du CSSP, le village de Laminou s’en affranchit encore davantage, au profit de l’hôpital confessionnel (taux de dépendance de 33,4 %), mais aussi du poste de secours de Laminou (18,7 %). Par contre, les taux de dépendance des autres villages de la commune de Laminou envers l’hôpital Saint-Martin sont similaires à ceux de Zogba Gaou, pourtant sensiblement plus proche du CSSP de Ouessè. Toutefois, la faiblesse de cette dépendance ne résulte pas d’une attraction accrue du CSSP, mais de la présence d’un poste de secours local qui accapare une petite partie des patients au détriment des deux hôpitaux.

A environ 4 kilomètres du CSSP, les villages de l’agglomération d’Odougba sont en moyenne les plus fermement ancrés dans l’aire d’attraction de l’hôpital Saint-Martin. Nous retrouvons donc ici l’une des conclusions de l’analyse des espaces médicaux à l’échelle régionale: l’intensité de l’attraction exercée par un service de santé d’un niveau hiérarchique intermédiaire à supérieur comme l’hôpital Saint-Martin diminue globalement avec la distance, mais pas de façon continue. La concurrence de services de santé primaires peut être vive localement, entraînant une baisse ponctuelle du taux de dépendance, comme ici pour

¹ Rappelons que nous ne considérons pour cet établissement que les patients issus de la sous-préfecture de Ouessè.

l'agglomération de Ouessè. Au-delà de cette zone de concurrence, l'attraction suit à nouveau la tendance générale, ce qui se traduit par une hausse passagère de l'attraction, comme dans l'agglomération d'Odougba.

Si le choix d'un service de santé par les habitants des agglomérations de Ouessè et d'Odougba est influencé par la localisation respective du domicile et des services à disposition – ou du point de départ des taxis pour l'hôpital Saint-Martin – il est intéressant de remarquer que les taux d'utilisation diminuent très sensiblement avec l'augmentation de la distance au service considéré, quel que soit le service de santé considéré. Ainsi, le taux d'utilisation du CSSP de Ouessè par les habitants de la commune de Ouessè (sans Attata, hors de l'agglomération) est de 48,1 %. Cette valeur tombe à respectivement 18,7 % et 13 % pour les communes de Laminou et d'Odougba. Une baisse de 61 % du taux d'utilisation entre les communes de Ouessè et de Laminou est tout à fait considérable, si l'on songe que l'augmentation moyenne du trajet est d'à peine un kilomètre. Avec un taux d'utilisation de seulement 3 % pour la commune de Laminou, la présence du poste de secours de Laminou, qui concurrence localement le CSSP, est loin d'expliquer une telle chute de fréquentation. Qui plus est, le taux d'utilisation de la commune de Ouessè à l'hôpital Saint-Martin est environ deux fois supérieur à celui de la commune de Laminou (12,8 % contre 6,7 %), lui-même supérieur à celui de l'agglomération d'Odougba (4,4 %). Ce constat est fort surprenant (même s'il s'explique partiellement par des valeurs sans doute artificiellement gonflées pour le village de Ouessè), puisque l'accessibilité de l'hôpital Saint-Martin de Papané est égale depuis les trois communes (autant de taxis, au même prix).

Tableau 66 Indice d'attraction du CSSP de Ouessè sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994 (source: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	N NC	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
		Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
Adougou	428	89.0	5	7.8	3	49.4	5	13
Ouessè	1557	74.0	5	28.5	4	58.1	5	14
Zogba Gaou	234	84.2	5	4.3	2	24.5	5	12
Lakoko	239	94.5	5	4.4	2	39.2	5	12
Comm. Ouessè	2458	78.9	5	44.9	5	48.1	5	15
Gbémé	346	80.1	5	6.3	2	24.8	5	12
Laminou	457	47.9	4	8.4	3	15.7	4	11
Botti	304	78.6	5	5.6	2	19.0	4	11
Kpassa	310	76.5	5	5.7	2	19.1	4	11
Attannondoho	107	75.9	5	2.0	1	16.6	4	10
Comm. Laminou	1524	65.7	5	27.9	4	18.7	4	13
Aggl. Ouessè	3982	73.2	5	72.8	5	30.0	5	15
Odougba	230	73.7	5	4.2	2	12.6	4	11
Zogba Trékou	91	95.8	5	1.7	1	10.2	4	10
Tchédjannagnon	41	67.2	5	0.7	0	8.2	3	8
Dokoundoho	139	76.8	5	2.5	1	23.5	5	11
N'gbéhouédo	215	68.3	5	3.9	2	12.7	4	11

Aggl. Odougba	716	74.3	5	13.1	3	13.0	4	12

Légende: N: nombre de nouvelles consultations.

Taux de dépendance de la population: proportion par village des nouvelles consultations effectuées au CSSP de Ouessè par rapport au total des consultations dans un service de santé moderne.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'un village par rapport au volume total des patients du CSSP de Ouessè.

Taux d'utilisation: nombre de nouvelles consultations par an au CSSP de Ouessè pour 100 habitants.

Nous avons là un cas, paradoxal, voire frustrant pour un géographe, pour lequel les chiffres corroborent un effet de friction de la distance, sans qu'il y ait un lien de causalité entre augmentation de la distance et diminution des taux d'utilisation. Force est donc d'admettre, qu'indépendamment de la friction de la distance, il existe des villages qui fréquentent davantage les services de santé modernes que d'autres. Cela semble encore démontré par le fait que les taux d'utilisation par village, à l'intérieur même de ces trois communes, sont très variables et peu corrélés avec la distance. Le village de Ouessè obtient par exemple un meilleur taux d'utilisation du CSSP que celui d'Adougou, pourtant situé à proximité immédiate de cet hôpital. Si Gbémé, village de la commune de Laminou le plus proche du CSSP connaît le taux d'utilisation le plus élevé de la commune, on n'assiste pas ensuite à une diminution régulière du taux d'utilisation avec l'augmentation de la distance pour les quatre autres villages de la commune. Cette corrélation est toutefois meilleure pour un service de santé de très bas niveau, comme le poste de secours de Laminou. Mais une fois de plus, la distance n'est par seule en cause. Sinon comment expliquer que le taux d'utilisation y soit de 6,1 % pour le village de Laminou et de seulement 2,2 % pour Attannondoho, alors que le poste de secours est localisé exactement à la limite de ces deux villages?

Tableau 67 Indice d'attraction du poste de secours de Laminou sur les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, en 1994 (source: registre des patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	N NC	Dépendance de la population		Dépendance de la ressource		Utilisation		Indice d'attraction
		Taux en %	Score	Taux en %	Score	Taux en %	Score	Score total
Laminou	179	18.7	3	69.9	5	6.1	3	11
Attannondoho	14	9.9	2	5.5	2	2.2	2	6
Kpassa	35	8.6	2	13.7	3	2.2	2	7
Gbémé	16	3.7	1	6.3	2	1.1	1	4
Botti	2	0.5	0	0.8	0	0.1	0	0
Comm. Laminou	246	10.6	3	96.1	5	3.0	2	10
Ouessè	2	0.1	0	0.8	0	0.1	0	0
Adougou	2	0.4	0	0.8	0	0.2	0	0
Zogba Gaou	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Lakoko	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Comm. Ouessè	4	0.1	0	1.6	1	0.1	0	1
Aggl. Ouessè	250	4.6	1	97.7	5	1.9	1	7
Odougba	2	0.6	0	0.8	0	0.1	0	0
Zogba Trékou	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0

Tchédjannagnon	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Dokoundoho	1	0.6	0	0.4	0	0.2	0	0
N'gbéhouédo	3	1.0	1	1.2	1	0.2	0	2
Aggl. Odougba	6	0.6	0	2.3	1	0.1	0	1

Légende: N: nombre de nouvelles consultations.

Taux de dépendance de la population: proportion par village des nouvelles consultations effectuées au poste de secours de Laminou par rapport au total des consultations dans un service de santé moderne.

Taux de dépendance de la ressource: proportion des patients issus d'un village par rapport au volume total des patients du poste de secours de Laminou.

Taux d'utilisation: nombre de nouvelles consultations par an au poste de secours de Laminou pour 100 habitants.

Nous pouvons maintenant synthétiser cette analyse de l'espace médical des trois services de santé modernes desservant en 1994 les agglomérations de Ouessè et d'Odougba (mais aussi dans une certaine mesure de l'espace de soins des villages composant les deux agglomérations), en utilisant les indices d'attraction par village et service de santé.

Relativement à l'hôpital Saint-Martin de Papané, cet indice est de 10 (sur un maximum de 15) pour l'agglomération de Ouessè et de 8 pour celle d'Odougba. Seul le village de Ouessè se trouve fortement (mais avec un biais presque certain) dans l'aire d'attraction de cet établissement (indice 12). L'espace médical soumis à une attraction moyenne est peu représenté (villages de Laminou et de N'gbéhouédo seulement). La plupart des villages ne sont soumis qu'à une faible attraction; alors que Lakoko et Zogba Trékou connaissent seulement une attraction marginale (indice de 4 et de 1). Ainsi, sur quelques kilomètres, voire quelques centaines de mètres, nous retrouvons les quatre niveaux d'attraction rencontrés à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè pour cet hôpital.

Les indices d'attraction du CSSP de Ouessè pour les villages des deux agglomérations sont sensiblement plus élevés et surtout moins variables que ceux de l'hôpital Saint-Martin. De plus, à quelques exceptions près, ils sont sensibles à l'augmentation de la distance au CSSP. Ainsi, l'agglomération de Ouessè obtient globalement un indice de 15, avec un indice par village maximal de 14 pour Ouessè et un indice minimal de 10 pour Attannondoho, village le plus éloigné du CSSP, disposant par ailleurs d'un poste de secours à proximité. Encore plus éloignés du CSSP de Ouessè, les villages de l'agglomération d'Odougba obtiennent des indices un peu plus faibles que ceux des villages de la commune de Laminou, dans l'agglomération de Ouessè (de 8 à 11). Les cinq villages les plus proches du CSSP de Ouessè relèvent donc du noyau dur de son espace médical (attraction forte), alors que les neuf autres villages de ces agglomérations sont tous soumis à une attraction moyenne.

Dans une position périphérique au sein de l'agglomération de Ouessè et jouissant surtout d'un statut hiérarchique particulièrement bas, le poste de secours privé de Laminou n'a qu'une aire d'attraction très restreinte. Elle se limite aux quatre villages de la commune de Laminou les plus proches. L'intensité de l'attraction sur ces quatre villages décroît de plus rapidement avec de très faibles augmentations de la distance, si bien qu'elle est moyenne pour un village, faible pour deux autres et déjà marginale pour le quatrième.

En conclusion de cette étude à une échelle locale de l'espace médical de trois services de santé desservant 14 villages de deux agglomérations voisines, nous pouvons affirmer que de très faibles augmentations de la distance ont un impact négatif sur l'attraction des services de santé et qu'il est d'autant plus fort sur que les services sont d'un bas niveau hiérarchique. On n'observe donc pas dans l'agglomération de Ouessè la quasi disparition de la friction de la

distance relevée à Guatemala City, attribuée par Mulvihill (1991) à la forte densité de services de santé impliquant de faibles distances à parcourir.

L'intensité d'attraction du service de santé placé au sommet de la pyramide sanitaire régionale y est par contre insensible à de petites fluctuations de la distance, d'autant plus qu'en l'occurrence cet établissement est très éloigné des villages considérés. Cette intensité est cependant fort variable, d'une part à cause de facteurs non liés à la friction de la distance, d'autre part en fonction de l'éloignement et de la localisation d'un autre service de santé concurrent, plus proche, mais de rang inférieur. D'une manière générale, on observe aussi, pour un service de santé donné, de grandes différences d'attraction sur des villages voisins situés à une égale distance ou presque de ce service. Cela montre que la claire tendance à la diminution de l'attraction avec l'augmentation de la distance n'est valable que globalement, de nombreux facteurs non spatiaux conduisant à d'importantes disparités d'attraction dès lors que l'on considère la situation village par village. La thèse de Stock (1987) avait débouché sur le même constat pour le Nord-Nigeria, où les taux d'utilisation des services de santé diminuent régulièrement avec l'augmentation de la distance quand les villages sont agrégés par classe de distance, mais où l'on observe aussi une grande diversité de taux d'utilisation à l'intérieur de chaque classe.

Evolution de l'espace médical des services de santé modernes entre 1992 et 1994

Nous avons jusqu'à présent analysé l'espace médical de chaque service de santé desservant les habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour la seule année 1994. Il est bien évident que ces espaces sont en constante évolution. Certains se créent ou disparaissent au grès de l'ouverture ou de la fermeture de centres de santé modernes. Ces modifications lourdes ne sont pas sans conséquences sur l'espace médical d'autres services de santé. L'arrivée d'un nouveau "concurrent" leur fait-elle perdre une partie de leur espace médical, ou du moins perdre en influence sur certaines portions de celui-ci? La disparition d'un service de santé permet-elle au contraire à d'autres services d'étendre leur aire d'attraction ou de renforcer leur influence? Autrement dit, le "marché" laissé vacant par le départ d'un "concurrent" est-il aussitôt capté par d'autres services de santé ou bien reste-t-il en friche, les malades renonçant à consulter, en raison notamment d'une accessibilité désormais plus limitée aux soins de santé modernes?

Ouvertures et fermetures d'établissements de soins constituent une cause potentielle majeure de bouleversement de la carte des espaces médicaux des services de santé. D'autres événements peuvent également influencer les limites des espaces médicaux ou, plus modestement, le niveau d'attraction d'un service sur un village: dévaluation du FCFA et augmentation subséquente du tarif des prestations à l'hôpital Saint-Martin, alors que les revenus ne croissent pas dans la même mesure; hausse du prix des courses en taxis à la suite de troubles politico-économiques et de grèves dans le secteur pétrolier au Nigeria (pénurie de carburant et envolée des prix), puis de la dévaluation du FCFA; non remplacement immédiat d'un agent de santé parti à la retraite; remplacement d'un agent de santé par un autre, dont les compétences et la qualité de l'accueil sont différents (SALEM, 1995); ouverture d'un bloc chirurgical au CSSP de Ouessè diminuant le nombre de cas référés et pouvant améliorer l'image de cet établissement; modifications dans les voies et moyens de communication...

Il est impossible de détailler tous ces petits et grands événements susceptibles d'influencer le niveau d'utilisation des services de santé et la provenance des patients, donc l'espace médical de ces services. Il est toutefois nécessaire de rappeler et de dater approximativement les principaux d'entre eux, afin de donner tout son sens à l'analyse ci-après. Il y a tout d'abord l'ouverture, en décembre 1991, d'une clinique privée à Laminou, dans l'agglomération de Ouessè (cf. partie II, chap. 1b). Sans avoir jamais vraiment fermé ses portes, elle avait cessé

presque toute activité après un an déjà. Presque en même temps s'est ouvert à Botti, dans la même agglomération, un cabinet de soins infirmiers, qui resta en activité environ deux ans. A l'automne 1992, un CCS desservi par une infirmière faisant aussi office de sage-femme a ouvert ses portes à Kémon, remplaçant une UVS tenue par plusieurs secouristes et matrones. Entre 1991 et 1994, quelques autres cabinets de soins infirmiers ou clinique d'accouchement et de SMI ont également été créés, notamment à Zogba Gaou et à Gbémé dans l'agglomération de Ouessè, à Kilibo et à Odougba, sans parler de quelques postes de secours, comme à Laminou et à Djegbé. Leurs activités sont quantitativement marginales et de plus non enregistrées. Nous avons donc dû les négliger, bien qu'à un niveau très local et pour certaines périodes leur rôle ne soit pas toujours insignifiant. La dévaluation du FCFA est intervenue le 12 janvier 1994. L'augmentation des tarifs à l'hôpital Saint-Martin a suivi le 27 janvier. A la fin de notre dernier séjour, en mars 1995, les services de santé publics n'avaient pas encore réajusté leurs prix. Ils l'ont fait dans le courant de cette année ou l'année suivante. La première opération au CSSP de Ouessè a été pratiquée en mai 1994.

L'impact de ces différents événements est parfois difficile à apprécier, dans la mesure où nos statistiques sont annuelles. Leurs effets sur l'utilisation des services de santé paraissent donc souvent atténués, du fait qu'ils surviennent en cours d'année et ne s'exercent que quelques mois durant leur année de survenue. De même, il arrive que la situation se rétablisse soudainement quelques mois après le début de l'année suivante ou progressivement durant toute l'année suivante. Il en résulte également un effet de dilution de l'impact de ces événements sur l'année statistique suivant leur survenue.

Une autre limitation à l'étude de l'évolution des espaces médicaux et plus généralement du niveau d'utilisation des différents services de santé selon la provenance, entre 1992 et 1994, est l'absence de mention fiable de provenance pour certains établissements: hôpital Saint-Martin (en 1992 et 1993 uniquement et pour les seuls villages de l'ouest de la sous-préfecture), clinique privée de Laminou et cabinet de soins infirmiers de Botti. Pour les années 1992 et 1993, il nous est donc impossible de calculer le taux de dépendance de la population et donc aussi l'indice d'attraction sur les villages de l'ouest de la sous-préfecture. Il nous est par contre possible de calculer globalement cet indice pour l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, car si nous ne connaissons pas le village de provenance de ces patients, nous savons qu'ils viennent de cette zone. En faisant de même pour la moitié est de la sous-préfecture, nous pourrions comparer l'évolution de la fréquentation et de l'attraction des services de santé desservant ces deux zones, tournées l'une plutôt vers le CSSP de Ouessè, l'autre massivement vers l'hôpital Saint-Martin, en plus des dispensaires locaux.

Evolution globale pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè

Sur le Tableau 68, il est frappant de constater à quel point le nombre total de consultations effectuées dans la sous-préfecture de Ouessè est stable, d'une année à l'autre, malgré la survenue d'événements qui ont sensiblement modifié l'offre de soins. Entre 1992 et 1993, le nombre de consultations s'est accru de 4,9 %, passant de 16'852 à 17'685. Cet accroissement est à peine supérieur à celui de la population, estimé à 3 %. Entre 1993 et 1994, le nombre de consultations connaît une très légère baisse de 1,9 %, passant de 17'685 à 17'350, alors que la population continuait d'augmenter. Le taux d'utilisation diminue donc aussi légèrement. La tendance sur trois ans pour l'ensemble de la sous-préfecture est donc claire: grande stabilité de la consommation de soins de santé curatifs modernes, mais à un niveau trois fois inférieur (environ 32 consultations par an pour 100 habitants) à celui considéré comme "normal" par l'OMS.

Ouest SP	1917 19.0 36.9 6.9	5496 54.5 98.5 19.8	2675 26.5 40.7 9.7	1008 100.0 58.1 36.4 8
Est SP	3279 45.2 63.1 11.9	84 1.2 1.5 0.3	3899 53.7 59.3 14.2	7262 100.0 41.9 26.4
Ensemble SP	5196 29.9 100.0 9.4	5580 32.2 100.0 10.1	6574 37.9 100.0 11.9	1735 100.0 100.0 31.4 0

Légende: N: nombre de consultations à l'hôpital Saint-Martin et de nouvelles consultations curatives ailleurs;
P: taux de dépendance de la population en % $((N \times 100) / \text{tot. N de la ligne})$;
R: taux de dépendance de la ressource en % $((N \times 100) / \text{tot. N de la colonne})$;
U: taux d'utilisation des services de santé en % $((N \times 100) / \text{tot. population de la région concernée})$.

L'évolution du volume d'activité curative des CCS et des principaux infirmiers privés est elle aussi en dents de scie, mais symétrique à celle de l'hôpital confessionnel. Entre 1992 et 1993, le taux de dépendance de la population par rapport aux CCS et services de santé privés chute de 37,4 % à 23,8 % à la suite d'une baisse de 2'097 consultations (– 33,3 %). Mais une forte augmentation du nombre de consultations en 1994 (+ 2'371) permet à ces services de santé de base de légèrement dépasser leur niveau de 1992, en valeur absolue. Globalement, ces services de premier échelon assurent environ 12 consultations pour 100 habitants en 1992 et en 1994, contre à peine 8 en 1993.

Le CSSP de Ouessè connaît par contre depuis 1992 une amélioration régulière de sa position. Entre 1992 et 1994, le taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers cet établissement passe d'un quart à presque un tiers, grâce à une augmentation de 29 % du nombre de consultations. Le taux d'utilisation du CSSP croît lui aussi, lentement mais sûrement: 8,3 % en 1992, 9,4 % en 1993 et 10,1 % en 1994.

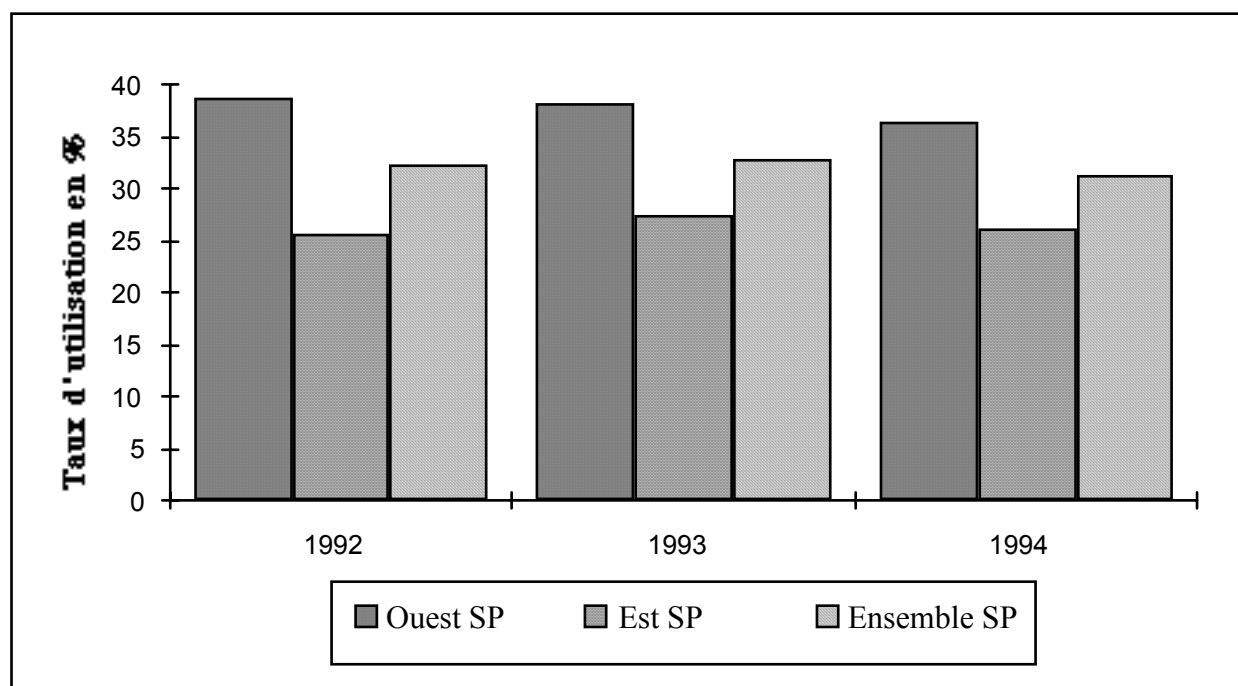


Figure 50 Evolution globale des taux d'utilisation pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994 (sources: registres et fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisés).

Ainsi en 1994, chacun des trois niveaux hiérarchiques des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè capte une proportion plus ou moins équivalente des parts de marché: un tiers pour le CSSP, un petit tiers pour l'hôpital Saint-Martin et un gros tiers pour les CCS et les privés; ce qui correspond à un taux annuel d'utilisation d'environ 10 % dans chacun de ces trois niveaux. Cet équilibre statistique reflète un déséquilibre de fait. Dans un système de soins de santé pyramidal, tel celui du Bénin, mais aussi tels qu'ils le sont pour ainsi dire tous, les services de base devraient capter l'essentiel des consultations, ne laissant filtrer vers les niveaux secondaire, puis éventuellement tertiaire, que les cas dont une bonne prise en charge locale est impossible. Dans le cas présent, ce déséquilibre en faveur du haut de la pyramide est en partie expliqué par la double fonction officielle du CSSP de Ouessè: service de premier recours pour trois des neuf communes de la sous-préfecture et service de référence pour l'ensemble de la sous-préfecture. Dans les faits, il joue essentiellement son rôle de service de base, puisqu'en 1994 seuls 11,3 % de ses utilisateurs provenaient de l'une des six communes desservies par un CCS, le plus souvent d'ailleurs sans être passé au préalable par un CCS. L'hôpital Saint-Martin remplit lui aussi de fait la fonction de premier, deuxième, voire troisième recours, alors que ses patients habitent en général plus près des services de santé de base que de lui. Ainsi, une simple comparaison à l'échelle régionale du taux de dépendance (ou du taux d'utilisation) de la population envers les différents échelons de la pyramide sanitaire permet déjà une première évaluation du fonctionnement du système de référence.

Nous venons de constater que l'évolution dans le temps du volume global des consultations curatives est fort variable selon le niveau hiérarchique considéré. Une analyse distinguant les deux moitiés de la sous-préfecture de Ouessè accentue encore ces disparités. En 1992, plus de 15,2 % des consultations effectuées par les patients de l'ouest de la sous-préfecture se sont déroulées à l'hôpital Saint-Martin. Cette proportion était de 70 % pour l'Est, plus proche de cet hôpital et ne disposant que de CCS pour le concurrencer. En 1993, ces proportions passent respectivement à 27,3 % et à 76,1 %; pour retomber à 19 % et 45,2 % en 1994. Derrière des variations annuelles très importantes se cache une tendance lourde: l'écart entre les taux de dépendance de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè envers l'hôpital Saint-Martin décroît. En 1992, ce taux était 4,6 fois plus élevé pour l'Est que pour l'Ouest. Il ne l'était plus que 2,8 fois en 1993 et 2,4 fois en 1994. La friction de la distance supérieure que doivent vaincre les malades provenant de l'ouest de la sous-préfecture, relativement à ceux de l'Est, pour atteindre l'hôpital confessionnel reste bien marquée. Mais d'autres facteurs semblent actuellement en jeu qui la contrebalancent progressivement.

De même, l'écart entre le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin par les habitants de l'Est et de l'Ouest se comble progressivement. Ce taux était 3,1 fois plus élevé pour l'Est que pour l'Ouest en 1992, contre seulement 2 fois en 1993 et 1,7 fois en 1994. Il est frappant de constater que la forte augmentation du nombre de consultations à l'hôpital Saint-Martin en 1993 a été beaucoup plus marquée pour l'Ouest (+ 82,1 %) que pour l'Est (+ 20,2 %). De même, la décrue de 1994 a davantage frappé l'Est (− 41,7 %) que l'Ouest (− 31,7 %). Le taux de dépendance de l'hôpital Saint-Martin envers la population reflète précisément le poids croissant des visiteurs venant de l'Ouest. En 1992, un quart des patients de cet établissement issus de la sous-préfecture de Ouessè provenaient de l'Ouest. Ils en constituaient le tiers en 1993 et 37 % en 1994.

A l'inverse, les patients provenant de l'est de la sous-préfecture pèsent d'un poids marginal, et malgré tout décroissant, dans la clientèle du CSSP de Ouessè: 2,7 % en 1992 et 1,5 % en 1994. La couverture des besoins sanitaires de l'Est par cet établissement est nul. Les habitants de l'Est ne l'utilisent qu'à raison de 0,3 consultation pour 100 personnes et par an. Le pouvoir d'attraction de cet hôpital sur les patients de l'Ouest s'accroît par contre sans cesse, au point de réaliser à lui seul plus de la moitié des consultations effectuées par les habitants de

l'Ouest. En effet, 41,4 % de toutes les consultations effectuées par eux s'y déroulaient en 1992. Cette proportion passait à 48,2 % en 1993 et à 54,5 % en 1994. Le taux d'utilisation du CSSP s'en ressent positivement. Il passe de 16,1 % à 19,8 % entre 1992 et 1994.

En trois ans, les CCS et les services de santé privés ont connu de profonds bouleversements, qui ont vu leur prééminence dans l'Ouest relativement à l'Est basculer au profit de cette dernière région. En 1992, 70 % des utilisateurs de tels services se recrutaient à l'Ouest. Plus de 43 % de toutes les consultations effectuées par des habitants de l'Ouest s'y déroulaient, contre seulement 28,3 % pour ceux de l'Est. En 1993, le nombre de consultations s'effondre dans l'Ouest (– 43 %) et diminue dans l'Est (– 11 %). Le taux de dépendance de la population envers de tels services suit naturellement cette chute. Il n'est plus que de 24,5 % pour l'Ouest et 22,7 % pour l'Est. En 1994, la tendance à la baisse s'est stabilisée dans l'Ouest, voire même légèrement inversée, alors que l'Est connaît une croissance fulgurante: on y passe en une année de 1'678 à 3'899 consultations, soit une augmentation de 132 %. Désormais, 53,7 % des consultations effectuées par des patients de l'est de la sous-préfecture de Ouessè se déroulent dans un CCS de cette région, contre 45,2 % à l'hôpital Saint-Martin (76,1 % un an plus tôt!) et seulement 1,2 % au CSSP de Ouessè.

En 1994, les patients fréquentant les CCS et les privés sont plus nombreux à l'Est (59,3 % du total des utilisateurs de cette catégorie) qu'à l'Ouest (40,7 %). Rappelons que ces pourcentages étaient respectivement de 30 % et 70 % en 1992. On mesure tout le chemin parcouru en deux ans. Dans le même temps, les CCS de l'Est ont doublé leur taux d'utilisation, tandis que celui de l'hôpital Saint-Martin diminuait au point de devenir inférieur à celui des CCS, alors qu'il lui était 2,5 fois supérieur en 1992. A l'inverse, le taux d'utilisation des CCS et privés de l'Ouest ne vaut plus, en 1994, que la moitié de celui du CSSP, alors qu'il lui était légèrement supérieur en 1992.

Le score correspondant à chacun des trois taux analysés et l'indice d'attraction (somme des trois scores) de chaque type de services de santé sur l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè permet de synthétiser rapidement l'évolution de leur influence respective sur les deux régions.

Nous ne nous appesantirons guère sur l'analyse du Tableau 69, qui reflète, un peu différemment, la situation décrite à partir du Tableau 68. Si nous reprenons les valeurs-seuils utilisées jusqu'à présent, nous constatons que, quelle que soit l'année, l'est de la sous-préfecture se trouve globalement soumis à une attraction fluctuante, mais toujours forte, de la part de l'hôpital Saint-Martin. L'Ouest se trouve par contre dans la zone d'attraction moyenne en 1992. Il passe nettement dans la zone de forte attraction en 1993, pour revenir à sa position initiale en 1994. Toutefois, entre 1992 et les deux années suivantes, l'écart d'attraction s'est sensiblement réduit entre l'Est et l'Ouest.

L'espace médical du CSSP de Ouessè reste stable entre 1992 et 1994. Il inclut fortement l'ouest de la sous-préfecture, avec une légère tendance à y renforcer son influence en 1994; mais seulement marginalement l'Est.

L'intensité de l'attraction des CCS et des principaux privés sur l'Ouest régresse entre 1992 et 1993, puis se stabilise. D'une attraction forte en 1992, on passe ensuite à une attraction moyenne. L'évolution est symétrique pour les CCS de l'Est: leur influence est moyenne en 1992 et 1993, puis, après une formidable montée en puissance, très forte en 1994.

L'attraction globale sur l'ensemble de la sous-préfecture de chacun des trois niveaux hiérarchiques de services de santé est presque stable entre 1992 et 1994. Elle se caractérise de plus par une quasi égalité des indices entre les trois niveaux, ce qui, rappelons-le, n'est pas le signe d'un fonctionnement optimal de la pyramide sanitaire.

Tableau 69 Evolution entre 1992 et 1994 des scores de dépendance de la population et de la ressource, des scores d'utilisation et de l'indice d'attraction des services de santé pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (sources: calculé à partir des registres et fichier de patients et du recensement de la population de 1992).

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Tous CCS et privés			
	SP	SR	SU	I	SP	SR	SU	I	SP	SR	SU	I
1992												
Ouest SP/O	3	4	3	10	4	5	4	13	4	5	4	13
Est SP/O	5	5	4	14	1	1	0	2	4	4	3	11
Total SP/O	4	5	4	13	4	5	3	12	4	5	4	13
1993												
Ouest SP/O	4	5	4	13	4	5	4	13	3	5	3	11
Est SP/O	5	5	5	15	1	1	0	2	3	5	3	11
Total SP/O	4	5	4	13	4	5	3	12	3	5	3	11
1994												
Ouest SP/O	3	5	3	11	5	5	4	14	4	4	3	11
Est SP/O	4	5	4	13	1	1	0	2	5	5	4	14
Total SP/O	4	5	3	12	4	5	4	13	4	5	4	13

Légende: SP: score correspondant au taux de dépendance de la population;
 SR: score correspondant au taux de dépendance de la ressource;
 SU: score correspondant au taux d'utilisation des services de santé;
 I: indice d'attraction des services de santé sur les différentes régions ($I = SP + SR + SU$).

Il ressort de cette analyse de l'évolution du niveau d'activité curative sur trois ans et de l'intensité d'attraction exercée par chaque catégorie de services de santé sur les deux moitiés de la sous-préfecture de Ouessè qu'une grande stabilité globale du nombre de consultations cache en fait des modifications sensibles du poids respectif de chaque type de services, à l'échelle de la sous-préfecture et, plus encore, de chacune de ses moitiés. Tout se passe apparemment comme si la population de cette sous-préfecture avait atteint un seuil infranchissable du taux d'utilisation (environ 32 %, soit une consultation par habitant tous les trois ans en moyenne!) et que les modifications constatées constituent un jeu à somme nulle entre les différents services et régions.

En d'autres termes, le marché moderne de la santé serait actuellement inextensible et chaque gain de part de marché par un service s'effectuerait au détriment d'un autre. Toutefois, cette conclusion d'un marché saturé va à l'encontre de tout ce que nous avons vu jusqu'à présent, à savoir que le niveau d'utilisation diminue rapidement avec la baisse de l'accessibilité. Il en découle l'existence d'une demande potentielle inassouvie en raison de la friction de la distance. Dès lors, l'ouverture d'un service de santé dans un village mal desservi devrait générer un nombre de consultations bien supérieur à la baisse enregistrée dans les services jusqu'alors utilisés par les habitants de ce village. Cela s'est d'ailleurs vérifié lors de l'ouverture du CCS de Kémon et de l'extension aux soins curatifs de la mission des maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï.

Il convient donc maintenant de s'interroger sur le pourquoi de tels bouleversements sur une période si courte, notamment en les reliant aux événements que nous avons mentionnés en introduction et en analysant parfois la situation à un niveau plus fin, celui du village et du service de santé (cf. tableaux en Annexes 2 à 7).

Causes de l'évolution différenciée de l'attraction des services de santé

La clinique de Laminou et le cabinet de soins infirmiers de Botti constituent les deux premières tentatives, pour la sous-préfecture de Ouessè, d'ouvrir des services de santé privés. Elles se sont soldées par des échecs, après des débuts prometteurs. Ces deux privés ont effectué 2'734 nouvelles consultations en 1992 (763 à la clinique et 1'971 au cabinet), contre 1'661 pour les deux CCS de l'Ouest (1'476 à Gbanlin et seulement 185 à Djegbé). L'année suivante, la clinique de Laminou n'enregistrait pour ainsi dire aucune consultation contre plus que 831 au cabinet de Botti, alors que le CCS de Gbanlin améliorait légèrement sa position, contrairement à celui de Djegbé.

En 1993, le secteur privé de l'Ouest a donc perdu environ 1'900 consultations. Nous pouvons supposer que, puisqu'il s'agit là de malades habitués à consulter les services de santé modernes et prêts à payer pour ce faire des montants au moins équivalents à ceux pratiqués par le CSSP, cette clientèle devrait se retrouver au CSSP voisin et, dans une moindre mesure, à l'hôpital Saint-Martin. C'est effectivement ce qui semble s'être passé. A la diminution de 1'900 nouvelles consultations chez les privés de l'agglomération de Ouessè a correspondu, pour les deux hôpitaux, une augmentation de 1'800 consultations de patients provenant de l'Ouest. Par contre, notre hypothèse était erronée quant à la répartition de ce report entre les deux hôpitaux. C'est l'hôpital Saint-Martin qui a le plus bénéficié de ces transferts de clientèle (environ 1'250 consultations supplémentaires contre 550 au CSSP).

Nous tenterons de l'expliquer de la manière suivante. Si de nombreux malades préféraient se rendre chez un privé plutôt qu'au CSSP, ce n'était pas seulement à cause d'une accessibilité un peu meilleure. La qualité de l'accueil, envers les *Peul* notamment, et la réputation d'efficacité thérapeutique, surtout de la clinique de Laminou, attiraient également. Beaucoup y cherchaient donc ce qu'ils ne trouvaient pas (ou pensaient ne pas trouver) au CSSP. C'était aussi et c'est toujours le cas des injections, perçues par la population comme un mode de traitement différent des comprimés et plus efficace qu'eux. Or de nombreuses personnes interrogées se sont plaintes du peu d'efficacité des médicaments des services de santé publics, mais pas de ceux de l'hôpital Saint-Martin, qui sont pourtant identiques (cf. partie V, chap. 2a). Consulter un privé ou l'hôpital Saint-Martin serait alors considéré comme une véritable rupture avec le premier traitement tenté, l'automédication, ce que la consultation d'un service de santé public ne serait pas vraiment, puisqu'on y trouverait les mêmes médicaments que sur le marché.

Il est bien évident que toute l'augmentation du nombre de consultations enregistrée dans les deux hôpitaux en 1993 n'est pas due au simple transfert de la clientèle des deux services de santé privés. Mais ces transferts ont dû peser lourd dans la balance. Nous en voulons pour preuve qu'entre 1992 et 1993 le nombre de consultations à l'hôpital Saint-Martin a augmenté de 82 % pour les patients provenant de l'Ouest, contre seulement de 20 % pour ceux de l'Est, non concernés par ces fermetures.

L'arrivée, en octobre 1992, d'un nouveau médecin-chef blanc à l'hôpital Saint-Martin de Papané, après une vacance de quatre mois, a d'autant plus contribué à augmenter encore l'attraction de cet établissement que sa femme était aussi une sage-femme et une laborantine éprouvée. En Afrique, comme en Europe, l'installation d'un nouveau médecin suscite la curiosité et l'envie de le tester. On s'en souvient, les deux infirmiers privés avaient eux aussi bénéficié de cette "prime à l'installation", que l'un au moins n'avait pas su faire fructifier.

Fermeture d'un service de santé et réduction de l'offre dans un deuxième, d'une part, redynamisation d'un établissement déjà prestigieux d'autre part: tout concourrait donc au transfert de patients.

Après avoir effectué 831 consultations en 1993, le cabinet de soins infirmiers de Botti ferme à son tour. Qui va tirer profit de cette clientèle orpheline? Ce n'est pas le nouveau et proche poste de secours d'Attannondoho, où les patients de Botti, Gbémé et Kpassa, les trois villages de l'agglomération de Ouessè qui constituaient le coeur de l'espace médical du cabinet de soins privé, sont très rares. Ce n'est pas non plus l'hôpital Saint-Martin qui perdra de nombreux patients en 1994, à la suite d'une forte augmentation des tarifs. Une bonne part de cette clientèle potentielle se retrouve sans doute parmi les 769 consultations supplémentaires qu'a effectué le CSSP de Ouessè en 1994, par rapport à l'année précédente.

Bien que d'une moindre ampleur, le même mécanisme semble avoir joué dans l'est de la sous-préfecture. Dans l'été 1992, les infirmiers des CCS de Toui et de Kilibo sont en effet partis à la retraite. Les postes n'ont été repourvus qu'environ deux ans plus tard. En attendant, l'aide-soignant de Toui, formé sur le tas, a assuré seul toutes les tâches habituellement dévolues à un infirmier. Il en alla de même à Kilibo où l'infirmier à la retraite fut par la suite réengagé à temps partiel sur le financement communautaire, pour lui prêter main-forte. La qualité de l'offre en soins de santé s'est dégradée dans ces deux dispensaires. Les conséquences ne se sont pas fait attendre. Le nombre de consultations au dispensaire de Toui a chuté de 1'184 en 1992 à 479 en 1993 (– 60 %). Moins soumis à la concurrence de l'hôpital Saint-Martin, car plus éloigné de lui, et tout de même partiellement desservi par l'ancien infirmier, le dispensaire de Kilibo n'a quant à lui pas paru affecté par cette vacance de poste. Il a même augmenté le nombre de consultations, au demeurant fort faible, de 30 %, alors que dans le même temps les habitants de la commune de Kilibo allaient aussi plus souvent à l'hôpital Saint-Martin (+ 23 %).

Le cas du village de Toui est des plus révélateurs de l'impact sur la fréquentation des services de santé d'une baisse de l'offre. Le départ à la retraite de l'infirmier de Toui a provoqué dans ce village, principal utilisateur du dispensaire local, un effondrement du nombre de consultations de 1071 en 1992 à 307 en 1993 (– 71 %). Comment cette baisse de 760 consultations a-t-elle été "absorbée"? On pourrait s'attendre à un report massif des consultations sur l'hôpital Saint-Martin, à seulement 14 kilomètres et relié à Toui par de nombreux taxis tout au long de la journée. Étonnamment, cela n'a que modérément été le cas. Seules 200 consultations supplémentaires effectuées par des ressortissants de Toui y ont été enregistrées. Il semblerait donc que dans ce cas, contrairement à ce que nous avons observé pour les habitants de l'agglomération de Ouessè, la diminution de l'offre se soit soldée par de nombreuses renoncations à consulter.

Cela n'a pas partout été le cas, comme le montre le cas de Toui Gare, à 4 kilomètres de Toui. Le départ de l'infirmier du CCS de Toui s'est traduit pour ce village par une très forte augmentation du nombre de consultations à la fois au CCS (+ 80 %), désormais desservi uniquement par un aide-soignant, et à l'hôpital confessionnel (+ 64 %). Il est vrai que le nombre de consultations en 1992 était faible (respectivement 90 et 181), ce qui relativise quelque peu de telles variations. Déjà fort rares en 1992, les visites au dispensaire de Toui effectuées par des habitants d'Ogoutédo, à 5 kilomètres seulement de l'hôpital Saint-Martin, ont complètement disparu après le départ de l'infirmier.

En 1992, les habitants de la petite agglomération de Kémon effectuaient 95 % de leurs consultations à l'hôpital Saint-Martin. L'ouverture, en septembre 1992, du CCS de Kémon a apparemment permis l'expression de besoins latents¹, puisqu'il a effectué 425 consultations la

¹ Dans un contexte surmédicalisé – nous en sommes loin au Bénin –, on parlerait plutôt de création d'un besoin.

première année complète de fonctionnement, alors que dans le même temps le nombre de consultations de ressortissants de Kémon passait de 436 à 475 à l'hôpital Saint-Martin (+ 9 %). En 1994, le CCS de Kémon a effectué le nombre, assez remarquable pour la sous-préfecture de Ouessè, de 1'169 consultations (+ 175 % par rapport à 1993), dont 1'153 pour la seule localité de Kémon; ce qui entraîna tout de même une baisse de fréquentation des habitants de Kémon à l'hôpital Saint-Martin (– 41 % par rapport à 1993). Il est impressionnant de constater qu'en 1992 les habitants de Kémon avaient effectués au total 458 consultations, quel que soit le service de santé formel utilisé dans la sous-préfecture ou ses environs immédiats, alors qu'en 1994, deux ans après l'ouverture de leur CCS, ils en ont effectués 1'447, surtout localement, soit une augmentation de 216 %. Nous tenons là une autre preuve éclatante de l'impact de la disponibilité locale d'un service de santé, et donc de la friction de la distance, sur le niveau d'utilisation général des services de santé.

Remarquons encore que ce CCS a connu un rythme de démarrage inverse de celui des deux privés de l'agglomération de Ouessè. Ces derniers, bénéficiant d'un effet de nouveauté, avaient très rapidement eu beaucoup de patients, puis la demande avait faibli, voire s'était quasi tarie pour la clinique de Laminou. Les débuts du CCS de Kémon ont au contraire été modestes et ce n'est qu'après une année que la demande a explosé. Il est significatif que ce déclic ait correspondu avec le départ de l'infirmière, dont le médecin-chef n'était d'ailleurs pas satisfait, et son remplacement par une autre infirmière – déclic rapidement renforcé il est vrai par la forte augmentation des tarifs à l'hôpital Saint-Martin, concurrent direct du CCS local. Cet exemple montre clairement l'impact de la personnalité et de l'attitude du personnel soignant sur la fréquentation des services de santé.

Le dernier événement capital qui a influencé le volume et la direction des flux de patients à travers la sous-préfecture de Ouessè a été la dévaluation du FCFA, en janvier 1994, et l'augmentation immédiate du prix des courses en taxis, ainsi que des tarifs forfaitaires (environ un tiers en plus) pratiqués à l'hôpital Saint-Martin. Périphérique par rapport à la sous-préfecture, cet hôpital ne peut-être atteint qu'en taxis pour la plupart de ses utilisateurs, de sorte que les deux augmentations se cumulaient, alors que le pouvoir d'achat était érodé par une forte inflation généralisée. Bénéficiant de mesures d'accompagnement de la coopération internationale et de la Banque mondiale et probablement soumis à des pressions politiques (deux échéances électorales importantes), les services de santé publics n'ont par contre pas immédiatement réajusté leurs prix. Ils pouvaient désormais paraître beaucoup plus concurrentiels, bien qu'une réelle comparaison soit impossible en raison d'un système de tarification et des prestations différents.

Bien que notre année statistique (octobre 1993 – septembre 1994) débute presque quatre mois avant la dévaluation, l'impact de celle-ci sur le niveau d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin ressort clairement de nos chiffres. Nous l'avons vu, le nombre total de consultations effectuées par des patients issus de la sous-préfecture de Ouessè a diminué de 38 % entre 1993 et 1994. Deux hypothèses, difficiles à vérifier, peuvent expliquer pourquoi cette diminution a davantage touché l'est que l'ouest de la sous-préfecture. Il faut premièrement remarquer qu'en 1993 tous les dispensaires de l'Est sont notoirement sous-utilisés (de 333 nouvelles consultations à Kokoro à 479 à Toui), en raison de l'absence de deux infirmiers, de la bonne accessibilité de l'hôpital Saint-Martin et de l'intéressant rapport qualité-prix qu'il offrait. Plus des trois quarts des consultations de l'Est sont alors effectuées à l'hôpital Saint-Martin. Il existait donc en 1993 un nombre élevé de cas relevant des soins de santé primaires qui étaient pris en charges par un service de santé se voulant surtout de référence. Le rapport qualité-prix s'étant dégradé à cause de l'augmentation des tarifs, les malades ont reflué vers leurs CCS, peut-être un peu moins efficaces d'un point de vue thérapeutique, mais surtout bien moins chers, tout particulièrement si l'on tient compte du coût du transport. Ce repli sur le dispensaire local a de

plus été facilité pour Toui par l'affectation d'un infirmier en 1994, après une longue vacance de poste pendant laquelle le dispensaire n'était desservi que par un aide-soignant. Pour l'ouest de la sous-préfecture, la friction de la distance imposait déjà une certaine sélection dans les cas destinés à l'hôpital Saint-Martin, qui ne représentaient que le 28 % du total des consultations de la région. Une part plus importante qu'à l'Est de ces cas requerraient donc effectivement des soins de niveau secondaire, que le CSSP de Ouessè n'est pas toujours capable de prendre en charge. De tels soins sont vraisemblablement moins sensibles à une augmentation des coûts que des soins primaires.

La deuxième hypothèse serait encore plus difficile à vérifier. Elle repose sur une connaissance empirique de la sous-préfecture. Nous pensons qu'en moyenne la capacité financière des ménages de l'est de la sous-préfecture est inférieure à celle des ménages de l'Ouest. Cette différence de richesse reposerait sur des activités économiques partiellement différentes dans les deux moitiés de la sous-préfecture de Ouessè. Ces activités ont en effet subi avec un bonheur très inégal le contrecoup d'événements politico-économiques internationaux, sur lesquels les Béninois et les habitants de la sous-préfecture de Ouessè en particulier n'avaient aucune prise.

Bien que les *Nagot* de l'Est cultivent des champs, ils sont plutôt des commerçants et des trafiquants assurant le transit de biens manufacturés et surtout de produits pétroliers entre le Nigeria et le Bénin. Leur position, sur la frontière, et leur parenté ethnique avec les *Yoruba* du Nigeria favorisent cette "vocation". C'était le règne de l'argent (relativement) facile, gagné en peu de temps et surtout sans se tuer à la tâche dans les champs. Ce changement d'attitude face au travail est tel que, dans certains villages, les vieux en viennent à fustiger les jeunes générations, qui ne veulent plus travailler, qui restent à traîner le long de la route goudronnée en quête d'une quelconque occasion de gagner un peu d'argent. De trafiquants – terme non péjoratif dans un Etat où le trafic constitue précisément le moteur de l'économie (cf. l'ouvrage de IGUE et SOULE, *L'Etat-entrepôt au Bénin: commerce informel ou solution à la crise?*, 1992), certains seraient devenus vauriens et même voyous, voire bandits. De sorte que certaines zones sont peu recommandables, surtout la nuit.

Or cette intense activité semi-officielle de trafic a connu un premier sérieux coup de frein en 1993 à cause de troubles politiques majeurs au Nigeria (emprisonnement par le gouvernement militaire du vainqueur présumé des élections présidentielles), qui ont débouchés sur une longue grève du secteur pétrolier. Il y eut alors pénurie de produits pétroliers au Bénin, où les prix se sont envolés au marché noir, le seul existant alors dans la sous-préfecture de Ouessè (jusqu'à 400 FCFA le litre d'essence contre environ 70 FCFA avant la crise). Le prix des courses en taxis augmenta, les courses se firent plus rares et même stoppèrent certains jours. Cette crise provoqua sans doute un manque à gagner considérable pour les trafiquants transfrontaliers et les vendeurs d'essence, le long de la route goudronnée. Sur cette crise vint encore se greffer la dévaluation du FCFA, qui augmenta le prix des produits pétroliers nigériens. Du coup, la SONACOP, société nationale qui détient le monopole de la distribution (officielle) des produits pétroliers, est devenue compétitive. Les deux stations-service de la sous-préfecture de Ouessè, fermées depuis belle lurette car non rentables à cause du trafic, ont été rouvertes. Ce sont désormais elles qui alimentent un petit trafic basé sur les ruptures de stock momentanées de la SONACOP, qui a désormais de la peine à suivre la demande, puisqu'elle a quasi totalement supplanté un trafic transfrontalier plus rentable. A l'échelle du Bénin, le coup a été très rude pour des dizaines de milliers de personnes vivant directement de l'importation frauduleuse et de la revente au détail des produits pétroliers. Très boisée et peu peuplée, la zone frontalière de la sous-préfecture de Ouessè constituait une des portes d'entrée béninoises de ce commerce.

L'ouest de la sous-préfecture, au contraire, n'est pas concernée par ce trafic, sauf marginalement pour l'approvisionnement local. Les *Mahi* qui l'habitent sont d'excellents cultivateurs, tout comme les colons agricoles venus de l'Atocora et de la région d'Abomey en quête de bonnes terres libres. A côté des produits vivriers dont ils commercialisent les surplus, beaucoup cultivent encore un peu de coton ou d'arachide. Les paysans purent largement compenser la hausse généralisée des prix par l'augmentation du prix de vente des produits agricoles, préservant ainsi plus ou moins leur pouvoir d'achat, même pour les produits importés. Ce faisant, ils ont à leur tour alimenté l'inflation.

Evolution de l'attraction des services de santé sur les villages de la sous-préfecture de Ouessè de 1992 à 1994

Il ne s'agit pas ici de nous livrer à une analyse aussi détaillée que celle présentée plus haut pour l'année 1994. Nous nous contenterons de décrire dans les grandes lignes l'évolution récente du niveau d'attraction de chaque service de santé sur les villages de la sous-préfecture, qui permet d'expliquer la situation rencontrée en 1994. Comme nous l'avons déjà dit, pour les années 1992 et 1993, nous n'avons pu calculer les indices d'attraction que pour les villages de l'Est (cf. tableaux en Annexes 3 et 5), puisque la mention précise de provenance des ressortissants de l'Ouest n'était pas systématiquement mentionnée dans les fichiers de patients de l'hôpital Saint-Martin. A partir des seuls taux d'utilisation, nous fournirons toutefois quelques indications sur l'évolution de l'attraction de certains services de l'Ouest.

De 1992 à 1993, le niveau d'attraction de l'hôpital Saint-Martin sur les localités de l'est de la sous-préfecture s'est globalement accru, mais de façon modérée. L'indice d'attraction n'a pas varié pour la moitié d'entre elles (7 sur 15). Trois localités ont vu leur indice d'attraction diminuer d'un point. Aucune de ces localités n'est située le long de la route goudronnée menant vers l'hôpital. De plus, l'ouverture du CCS de Kémon explique la légère perte d'influence de l'hôpital Saint-Martin sur l'agglomération de Kémon. L'hôpital confessionnel a accru son attraction sur cinq localités, dont Kombon assez loin vers le sud, en bordure de la route goudronnée, qui gagne trois points. Trois de ces cinq localités appartiennent à la commune de Challa Ogoï, commune la plus éloignée de la zone considérée et qui se caractérise par les plus faibles indices. Nous assistons donc en 1993 à un certain rattrapage par cette commune périphérique, par rapport aux communes plus proches de l'hôpital.

Entre 1993 et 1994, le recul général de l'attraction de l'hôpital Saint-Martin, aussi bien sur l'est que l'ouest de la sous-préfecture, se manifeste clairement à l'échelle des localités de l'Est. L'attraction régresse pour 9 localités, elle se maintient pour 5 et progresse très légèrement pour une seule d'entre elles. Cette diminution de l'attraction est parfois sensible: l'indice d'attraction de 4 localités perd 3 points. Cette stagnation ou baisse généralisée frappe presque indistinctement les localités de l'Est. Il est donc difficile d'interpréter les variations intervillageoises en termes de proximité d'un autre service de santé concurrent, de la distance à l'hôpital Saint-Martin ou de la localisation au bord de la route goudronnée. Toutefois, la commune de Toui, la plus proche de l'hôpital confessionnel est de loin la moins frappée par cette baisse d'attraction. De plus, la forte baisse enregistrée par Kémon (- 3 points) est à mettre en relation avec l'ouverture récente d'un CCS dans cette localité. Par contre, la nouvelle prise en charge par la maternité de Challa Ogoï des cas curatifs n'a entraîné, pour ce village, qu'une très faible diminution de l'attraction de l'hôpital Saint-Martin, alors que celle du CCS de Challa Ogoï a connu un bond de 4 points.

En 1994, l'attraction du CSSP de Ouessè sur les localités de l'est de la sous-préfecture est nulle où marginale, sauf pour le village d'Idouya, dans la commune de Challa Ogoï. Cette situation générale n'était pas sensiblement différente en 1992 et en 1993, bien que la position du

CSSP, extrêmement faible, s'y soit encore un peu érodée depuis lors. Notons en particulier la forte baisse d'influence du CSSP de Ouessè sur le village de Challa Ogoï (- 2 points d'indice entre 1992 et 1993, et encore autant entre 1993 et 1994). Alors que les indices d'attraction de l'hôpital Saint-Martin et du CSSP y étaient respectivement de 8 et 5 en 1992, ils sont de 9 et 3 en 1993 et de 8 et 1 en 1994. Ainsi, l'hôpital confessionnel a pu conserver son influence sur ce village, malgré l'augmentation des tarifs en 1994 et la concurrence accrue du CCS local (soins curatifs à Challa Ogoï même depuis 1994), alors que le CSSP de Ouessè s'y est fait totalement évincer en deux ans.

L'évolution, de 1992 à 1994, de la fréquentation du CSSP de Ouessè par les habitants de l'ouest de la sous-préfecture est disparate. Le taux d'utilisation du CSSP est en constante augmentation pour l'agglomération de Ouessè et le village voisin d'Attata (respectivement de 23,6 % à 30 % et de 11,7 % à 23,3 %). Après un léger fléchissement en 1993, la fréquentation du CSSP par les habitants de l'agglomération d'Odougba, à seulement 4 kilomètres de l'hôpital public, est elle aussi à la hausse. Pour le village très isolé d'Idadjo, cette hausse s'est effectuée entre 1992 et 1993, l'année 1994 permettant juste de consolider cette position caractérisée par un taux d'utilisation extrêmement faible. Après être resté stable entre 1992 et 1993, le taux d'utilisation du CSSP par les habitants de Gbanlin a légèrement décru en 1994 (de 7,7 % à 6,6 %). La faiblesse de ce recul est remarquable si l'on considère que, en même temps, l'introduction de la prise en charge des cas curatifs à la maternité de Gbanlin, en sus du dispensaire voisin de Tosso, a entraîné une explosion du taux d'utilisation du CCS de Gbanlin (maternité et dispensaire confondus) par les habitants de Gbanlin. Ce dernier passe en effet de moins de 16 % en 1993 à plus de 38 % en 1994. Cette forte hausse des taux d'utilisation, que l'on avait déjà relevé lors de la création du CCS de Kémon et que l'on a retrouvé lorsque la maternité de Challa Ogoï s'est ouverte aux soins curatifs (cf. ci-après), montre une fois de plus que rapprocher les soins de santé de la population revient à la fois à modifier les flux de patients entre les différents services de santé et, surtout, à permettre à une partie de la demande latente de s'exprimer.

Entre 1992 et 1994, le taux d'utilisation du CSSP par les habitants de Tosso, village à 10 kilomètres bénéficiant d'un dispensaire, est stable, alors que celui du village voisin de Vossa augmente un peu. Disposant d'un dispensaire très peu fréquenté, la petite agglomération de Djegbé, à 23 kilomètres de Ouessè, connaît un taux d'utilisation du CSSP très faible et stagnant de l'ordre de 4 à 5 %.

A une échelle plus fine, celle des villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba, nous avons déjà relevé pour 1994 une assez bonne corrélation entre la distance et le taux d'utilisation du CSSP. Entre 1992 et 1994, l'évolution à cette échelle s'est caractérisée par une augmentation globale des taux d'utilisation et par une augmentation de ces taux d'autant plus rapide que l'on est proche du CSSP (+ 30,7 % pour la commune de Ouessè, sans Attata hors de l'agglomération, + 20 % pour celle de Laminou et + 19,3 % pour celle d'Odougba).

Ainsi, quelle que soit l'échelle d'analyse retenue et malgré l'augmentation globale du nombre de patients, nous devons conclure pour le CSSP de Ouessè à une concentration croissante de son espace médical, de plus en plus limité à sa proche périphérie. Ainsi en 1992, les communes de Ouessè, Laminou et Odougba, dont les villages sont tous à moins de 4 kilomètres du CSSP, généraient 85,3 % des nouvelles consultations enregistrées dans cet hôpital. Cette proportion augmente à 87,5 % en 1993 et à 88,6 % en 1994. De même, le CSSP de Ouessè était, en 1992, dépendant à raison de 42,3 % de la clientèle provenant des quatre villages de la commune de Ouessè entourant le CSSP. Cette proportion s'inscrit elle aussi à la hausse, bien que légèrement: 43,9 % en 1993 et 44,9 % en 1994. Tout se passe donc pour le CSSP de Ouessè comme si la friction de la distance augmente régulièrement avec le temps, débouchant sur une

focalisation croissante des patients sur leurs ressources sanitaires locales et sur une baisse relative des taux d'utilisation pour les villages un tant soit peu éloignés. Cette tendance est à déplorer puisque, d'une part, le CSSP de Ouessè dessert toujours plus inégalement les trois communes pour lesquelles il constitue le service de santé de premier recours, et que, d'autre part, il arrive de moins en moins à attirer de patients issus de communes disposant de leurs propres CCS. Est-ce à dire que le CSSP passe pour un gros dispensaire, peu apte à réellement jouer son rôle de centre de référence?

Penchons-nous maintenant sur l'évolution, entre 1992 et 1994, de l'espace médical des CCS de la sous-préfecture de Ouessè. Pour le CCS de Gbanlin, nous devons nous contenter d'approcher cette évolution à travers les seuls taux d'utilisation par village, puisqu'il nous a été impossible de construire un indice d'attraction pour ce service de santé pour les années 1992 et 1993. Globalement élevés par rapport aux autres CCS de la sous-préfecture, ces taux sont fort disparates selon les villages de la commune. De plus, leur évolution diverge. Après un tassement entre 1992 et 1993, nous avons déjà relevé la multiplication par 2,5 en 1994 du taux d'utilisation du CCS par les habitants de Gbanlin, du fait de la nouvelle activité thérapeutique de la maternité de ce village (alors que le dispensaire de ce CCS se trouve, contrairement à l'usage, dans un village voisin: Tosso). Ce dernier village connaît, pour les trois années, le taux d'utilisation du CCS le plus élevé, et de loin, de toute la sous-préfecture. Il passe de 85 à 99 % entre 1992 et 1994, après une pointe à 113 % en 1993. Il s'agit donc du seul village de la sous-préfecture qui atteint la norme d'une consultation curative par personne et par an recommandée par l'OMS. Encore faut-il que ce taux, extrêmement élevé pour le Bénin, soit équitablement réparti au sein de la population. En effet un certain nombre de gros utilisateurs y cachent toute une population de non-utilisateurs (cf. partie III, chap. 2i).

L'aire d'attraction du CCS de Djegbé se limite, nous l'avons vu, à la petite agglomération de Djegbé et aux hameaux alentours, du fait de l'isolement de cette agglomération-commune. Il ne résulte pourtant pas de cette grande proximité entre le service de santé et la population desservie un taux d'utilisation élevé, bien au contraire. En 1992, première année complète après l'ouverture du CCS de Djegbé, son taux d'utilisation y est d'à peine 8 %. Il descendra même à moins de 5 % en 1993 et en 1994. La friction de la distance n'est ici manifestement pas en cause pour expliquer cette faible attraction d'un CCS pourtant ardemment voulu par la population.

Déjà faible, la fréquentation du CCS de Challa Ogoï a encore un peu régressé entre 1992 et 1993. Dans le même temps, le nombre d'habitants de la commune allant se faire soigner à l'hôpital Saint-Martin a fortement augmenté (+ 40 %). Il en a résulté une baisse nette de l'attraction du CCS de Challa Ogoï sur tous les villages de la commune, excepté Idouya. Cette diminution a été particulièrement importante pour le village enclavé de Gbédé (- 5 points d'indice), déjà davantage attiré par l'hôpital Saint-Martin que par le CCS en 1992. Alors qu'en 1992 le CCS et l'hôpital confessionnel faisaient globalement jeu égal dans la commune, ce dernier établissement y a supplanté le dispensaire local en 1993.

En 1994, le renversement de tendance est total: la fréquentation du CCS de Challa Ogoï double presque, alors que le nombre de visites effectuées par des ressortissants de cette commune à l'hôpital confessionnel chute de 38 %. En termes d'indice d'attraction, tous les villages de la commune gagnent de 1 à 4 points par rapport au CCS et en perdent de 0 à 3 relativement à l'hôpital Saint-Martin. Désormais, tous les villages de la commune de Challa Ogoï, sauf Gbédé, sont fermement ancrés dans l'espace médical du CCS local. Ce basculement résulte de la conjonction de deux facteurs: la baisse d'attrait de l'hôpital Saint-Martin à la suite de l'augmentation des tarifs des prestations et des taxis consécutifs à la dévaluation et l'amélioration de l'accessibilité et peut-être aussi de l'acceptabilité du CCS de Challa Ogoï par la prise en charge des cas curatifs à la maternité de Challa Ogoï dès 1994 (en plus du dispensaire

de Kokoro). Cette amélioration de l'offre a naturellement surtout bénéficié aux habitants de Challa Ogoï, dont le nombre de consultations a triplé, et, dans une moindre mesure, à ceux de Botti Houegbo, qui doivent traverser Challa Ogoï pour atteindre le dispensaire de Kokoro.

Entre 1992 et 1994, l'espace médical du CCS de Kilibo s'est de plus en plus concentré sur l'agglomération de Kilibo. En 1992, 74 % des consultants en provenaient, contre 81 % en 1993 et 92 % en 1994. Nous retrouvons là un phénomène déjà observé pour le CSSP de Ouessè, soit la propension des services de santé à n'être de plus en plus fréquentés que par les seuls habitants des localités où ils sont implantés. Ainsi, Kilibo Gare et Yaoui, les deux autres villages de la commune, voient leurs indices de dépendance envers le CCS de Kilibo diminuer de respectivement 2 et 3 points entre 1992 et 1994. Avec l'ouverture d'un CCS à Kémon en septembre 1992, l'agglomération de Kémon est sortie de l'espace médical du CCS de Kilibo, dans lequel elle occupait d'ailleurs une place marginale. Il n'en est toutefois pas allé de même, bien au contraire, pour le village d'Akpéro qui relève officiellement du CCS de Kémon. De 1992 à 1994, les habitants d'Akpéro ont partiellement délaissé l'hôpital Saint-Martin. Une petite partie de cette clientèle s'est désormais tournée vers le CCS de Kilibo, plus que vers celui de Kémon, en raison de conflits intervillageois (cf. partie IV, chap. 2b).

En 1992, plus de 90 % des patients du CCS de Toui provenaient de Toui même. Cette proportion chuta à 64 % en 1993 à cause d'un fort afflux de patients venant de Toui Gare, alors que les patients de tous les autres villages délaissaient au contraire le CCS de Toui au profit d'un hôpital Saint-Martin encore plus attrayant. Comment expliquer ce fort mouvement à contre-courant? Nous ne le savons pas. La seule chose qui ait changé, à notre connaissance, de 1992 à 1993, c'est le départ à la retraite de l'infirmier, remplacé pour presque deux ans par l'aide-soignant. Y avait-il une affinité particulière entre cet aide-soignant et la population de Toui Gare, ou au contraire des tensions avec l'ancien infirmier? En 1994, avec l'augmentation des prix à l'hôpital Saint-Martin et l'arrivée d'un infirmier au CCS de Toui, les patients de Toui y sont à nouveau très fortement surreprésentés (78 % des consultations).

Le tassement, sauf pour Toui Gare, des indices d'attraction du CCS de Toui au profit de l'hôpital Saint-Martin en 1993 est contrebalancé l'année suivante. Ainsi, la situation de 1994 ressemble passablement à celle de 1992, si ce n'est que Toui Gare a rejoint Toui dans le noyau dur de l'espace médical du CCS. La baisse d'attrait, pour des raisons économiques, de l'hôpital confessionnel en 1994 n'en a que très peu détourné les patients de Toui PK et d'Ogoutédo/Odo Akaba, les deux villages officiels les plus proches, au profit du CCS de Toui.

Nous pouvons à présent synthétiser les principales tendances de l'évolution sur trois ans de la fréquentation des services de santé et de l'attraction de ceux-ci sur les patients, selon leur domicile. Il faut tout d'abord relever que les deux principaux services de santé privés de la sous-préfecture ont disparu assez rapidement après leur installation. Bien que nous n'ayons pas pu le mesurer avec précision, l'espace médical de ces privés était restreint et l'intensité de leur influence a rapidement diminué avec le temps. La clientèle qu'ils ont alors "libérée" a été récupérée par les deux hôpitaux desservant la sous-préfecture. Il faut ensuite noter que l'amélioration de l'offre en soins de santé (ouverture du CCS de Kémon, soins curatifs délivrés dans les maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï, en plus de leurs dispensaires respectifs situés dans d'autres villages) a permis à des besoins latents de s'exprimer, ce qui s'est traduit par une forte hausse des taux d'utilisation pour ces trois villages. Notons encore que, si l'on excepte ces deux fermetures d'établissements privés et cette création de CCS, les limites des espaces médicaux de tous les services de santé n'ont pour ainsi dire pas varié en trois ans. Par contre, l'intensité de l'attraction unissant les localités aux services s'est souvent modifiée, parfois dans des proportions non négligeables.

Le moteur de cette dynamique est sans conteste l'hôpital Saint-Martin de Papané. Il a fortement modifié les flux de patients à travers la sous-préfecture, par la forte augmentation générale de son attraction en 1993, tout particulièrement sur l'ouest de la sous-préfecture, puis par sa plus forte baisse encore, consécutive à la dévaluation du FCFA. Ces problèmes conjoncturels de l'établissement phare de la région ont permis au CSSP de Ouessè d'affirmer sa position, qui reste néanmoins spatialement trop limitée par rapport à la planification sanitaire officielle, et, surtout, aux CCS de décoller, celui de Djegbé excepté. Cette influence croissante des services publics résulte aussi, en partie, de l'affectation de deux infirmiers pour combler des vacances de postes qui n'avaient que trop duré, et peut-être, mais il est encore un peu tôt pour vraiment pouvoir l'affirmer, d'un regain de notoriété du CSSP due à l'ouverture du bloc opératoire¹.

L'évolution en cours paraît donc globalement favorables aux services de santé publics, même si elle semble encore surtout reposer sur les déboires conjoncturels du principal concurrent. Deux faits sont pourtant lourds de menaces pour l'avenir. Premièrement, que se passera-t-il lorsque les services de santé seront eux aussi obligés d'adapter leurs prix, les mesures d'accompagnement permettant de subventionner les médicaments essentiels après la dévaluation étant transitoires²? L'avantage comparatif dont bénéficie actuellement les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè sur l'hôpital Saint-Martin s'estompera ou disparaîtra. Assistera-t-on à une nouvelle inversion des flux de patients vers cet hôpital? Ou pire encore, à une augmentation de la proportion de malades qui ne consultent aucun service de santé moderne? Deuxièmement, les services de santé publics sont relativement surutilisés par les habitants des localités qui les abritent (y compris parfois d'une ou deux localités voisines). Il s'agit à l'évidence de l'effet normal de la friction de la distance. Ce qui l'est moins, c'est, d'une part, l'intensité excessive de cette friction pour les services de santé publics et, d'autre part, la tendance assez nette à l'accroissement de cette friction dans le temps. Nous avons en effet constaté que si l'augmentation des taux d'utilisation des services publics est quasi générale, elle profite avant tout aux villages proches de ces derniers. Une telle évolution n'est par contre pas perceptible pour l'hôpital Saint-Martin. Ce serait même le contraire qui s'y produit puisque, entre 1992 et 1994, la part des patients qui provenaient de l'Ouest – région la plus éloignée de l'hôpital – y croissait sans cesse.

c) Taux d'utilisation et aires d'attraction selon le sexe et l'âge des patients

Nous venons d'analyser en détail l'aire d'attraction, et son évolution sur trois ans, de chaque service de santé moderne de la sous-préfecture de Ouessè. Il s'agissait jusqu'à présent d'une étude globale, pour l'ensemble des soins curatifs, qui ne se préoccupait pas du profil démographique des patients. Or nous avons émis l'hypothèse que des facteurs tels que le sexe et l'âge peuvent influencer l'accès potentiel et réel d'un malade aux services de santé. Il est en effet communément admis que certaines catégories démographiques, notamment les femmes, les jeunes enfants et les personnes âgées, requièrent un volume de soins de santé supérieur à la moyenne. Il s'agit là de différences universelles, fondées sur les caractéristiques biologiques de ces catégories. Pour les femmes, la maternité en est un exemple, qui n'épuise d'ailleurs pas les causes de leurs besoins de santé supérieurs à la moyenne. Force est cependant de constater que ces catégories sont précisément celles qui passent pour avoir le moins bon accès aux services de

¹ Si l'implantation d'un service de chirurgie apporta une embellie, elle fut de courte durée, puisqu'il n'est quasi plus fonctionnel depuis 1997.

² Les services de santé publics ont effectivement dû augmenter le prix des médicaments d'environ 25 %, en 1995 ou en 1996. Nous ignorons tout de l'impact de cette augmentation sur les taux d'utilisation, puisque notre dernier séjour s'est achevé en mars 1995.

santé dans le tiers monde. La littérature n'est pas avare d'exemples à ce sujet, surtout pour les femmes et les jeunes enfants (OKAFOR, 1983; STOCK 1983; voir aussi partie IV, chap. 2a).

Qu'en est-il réellement pour les habitants de la sous-préfecture de Ouessè? Certains groupes démographiques y connaissent-ils une sous-utilisation relative des services de santé? Quels groupes et pour quels services de santé? Nous devons en effet émettre l'hypothèse supplémentaire, selon laquelle l'attraction des divers services de santé n'est pas homogène sur les différents groupes, et notamment que les groupes à risque de sous-utilisation relative sont également ceux qui utilisent préférentiellement les services de plus bas niveau, car généralement les plus proches.

Il s'agit donc d'analyser, pour chaque service de santé, l'impact de la distance sur le taux d'utilisation par localité et par catégorie démographique, puis le niveau d'attraction de chacun d'eux sur ces mêmes catégories. Les sources à disposition permettent d'individualiser les hommes des femmes et, pour chacune de ces catégories, quatre classes d'âge: moins de 1 an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans et 15 ans et plus. Il ne nous est donc malheureusement pas possible de distinguer les personnes âgées des autres adultes. Il s'agit pourtant d'un groupe croissant de personnes, aux besoins et aux comportements sanitaires partiellement spécifiques et très mal connus. Nous tenterons ce combler cette lacune imposée par nos sources, lors de l'exploitation du questionnaire sur les itinéraires thérapeutiques (cf. partie III, chap. 3h). Nous croiserons aussi les catégories de sexe et d'âge, afin de vérifier si certains groupes, les fillettes par exemple, cumulent les handicaps. Comme nous le verrons plus loin, nous utiliserons la même démarche pour les différentes catégories de pathologies, en partant de l'hypothèse sous-jacente que les patients n'utilisent pas forcément le même service de santé pour tous les types de maladies. En définitive, notre démarche consiste à élucider qui utilise les différents services de santé et pour quoi, toujours en relation avec la distance patients – prestataires de services. Nous pourrions donc fournir, en guise de synthèse, le profil-type des utilisateurs de chaque service de santé.

Attraction des services de santé selon le sexe

Les services de santé modernes attirent-ils préférentiellement l'un ou l'autre sexe? Si c'est le cas, est-il possible d'y trouver une explication? Nous pouvons à cet égard poser l'hypothèse d'un lien entre le niveau hiérarchique des services de santé et le sex-ratio de leurs utilisateurs. Plus mobiles et disposant de plus d'argent, les hommes adultes utiliseraient de préférence des services de santé de niveau moyen à élevé. De même, la survalorisation des garçons par rapport aux filles jouerait dans le même sens pour les enfants¹. Nous pensons également que le sexe de l'agent de santé influence partiellement le choix d'un service de santé, les adultes de chaque sexe préférant consulter un agent de leur sexe. Dans le secteur public, les consultations curatives sont habituellement assurées par des infirmiers. Toutefois, les petits CCS de Djegbé et de Kémon sont desservis par une infirmière qui s'occupe aussi bien de la maternité que du dispensaire; de même, les infirmières des maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï, situées à environ deux kilomètres de leurs dispensaires respectifs, effectuent également des consultations curatives depuis 1994. Ces cas un peu particuliers, résultant d'une nécessaire souplesse face aux conditions locales, nous permettrons de tester cette dernière hypothèse.

Nous commencerons par appréhender globalement l'évolution entre 1992 et 1994 des taux d'utilisation des services de santé selon le sexe, en distinguant l'est de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, en raison de l'offre en soins de santé sensiblement différente que

¹ A propos du Bénin, l'UNICEF (1991) relève que "l'idée selon laquelle "garçons et filles n'ont pas le même prix" demeure, dans bien des esprits, en ville comme à la campagne. L'absence de descendance mâle est encore vécue, le plus souvent, comme une catastrophe et, dans la plupart des aires socioculturelles du Bénin, la fillette ou la jeune fille a un statut inférieur à celui du garçon ou du jeune homme".

présentent ces deux régions. Nous étudierons ensuite les variations d'attraction, selon le sexe, de chaque service de santé moderne sur la population de la sous-préfecture de Ouessè. Une analyse sur trois ans (1992 – 1994) permettra simultanément de discerner une évolution éventuelle. Les dénominateurs retenus pour le calcul des taux d'utilisation sont la population par sexe des zones d'attraction approximatives de chaque service de santé: la commune pour les CCS, la sous-préfecture de Ouessè pour les deux hôpitaux, les agglomérations de Ouessè et d'Odougba pour les deux infirmiers privés, la commune de Laminou pour le poste de secours de Laminou et le village d'Attata pour l'UVS d'Attata. Ce n'est pas tant le niveau d'utilisation des services de santé par sexe qui nous préoccupe ici, que la différence d'utilisation entre les sexes. Il nous importe donc peu que les taux d'utilisation soient calculés à partir d'aires d'attraction réelles approximatives.

Evolution entre 1992 et 1994 des taux globaux d'utilisation par sexe des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè

Nous avons vu que le taux global d'utilisation des ressources sanitaires modernes de la sous-préfecture de Ouessè est à la fois faible et stable entre 1992 et 1994. Ce constat reste-t-il valable, quel que soit le sexe? Qu'en est-il en particulier de la sous-utilisation relative des femmes, trop souvent observée dans les pays en voie de développement?

Selon la Figure 51, les taux féminins d'utilisation globaux des services de santé modernes (sans les secouristes) sont faiblement supérieurs aux taux masculins pour les années 1992 et 1993 (environ 32 % contre 31 %). Ce qui ne veut pas dire, nous ne le répéterons jamais assez, que les besoins en soins de santé des femmes soient forcément aussi satisfaits que ceux des hommes, puisque ces derniers sont en général inférieurs (CLEARY et MECHANIC, 1982; OKOJIE, 1994; VLASSOFF, 1994; ZAÏDI, 1996). Malheureusement, la très légère baisse du taux d'utilisation des femmes enregistrée entre 1992 et 1993 se confirme nettement en 1994, avec une diminution sensible de 32,4 % à 29 %. Dans le même temps, le taux d'utilisation des hommes s'accroissait de 31,5 % à 33,8 %, après être resté stable entre 1992 et 1993. Ainsi, de légèrement minoritaires en 1992, les hommes sont devenus majoritaires en 1994 dans les services de santé modernes, avec un avantage de presque 5 points du taux d'utilisation.

Si l'on distingue maintenant les moitiés est et ouest de la sous-préfecture, nous constatons qu'entre 1992 et 1994, le taux masculin d'utilisation pour l'Ouest est en légère augmentation, alors que ceux des femmes subissent en forte baisse, surtout entre les deux dernières années. Ainsi, d'une égalité presque parfaite entre les sexes en 1992, on aboutit en 1994 à un écart considérable de 9 points. Cette tendance à une baisse de la fréquentation des services de santé par les femmes est d'autant plus inquiétante que l'offre de soins de santé s'est accrue entre-temps avec l'ouverture de la maternité de Gbanlin aux soins curatifs (mais deux privés de l'agglomération de Ouessè ont aussi disparu). Cette baisse entre 1993 et 1994 est imputable à une diminution de l'attraction de l'hôpital Saint-Martin consécutive à la dévaluation du FCFA et à la forte augmentation des tarifs, qui a eu un impact légèrement supérieur sur les femmes que les hommes et, surtout, qui a été moins compensée pour les femmes par une augmentation de la fréquentation des services locaux.

En 1992, le taux d'utilisation des femmes de l'est de la sous-préfecture est sensiblement plus élevé que celui des hommes. Cet avantage résulte uniquement de la surutilisation relative de l'hôpital Saint-Martin par les femmes, qui contrebalance largement une légère sous-utilisation des dispensaires. Rappelons toutefois qu'une partie de cette surutilisation féminine de l'hôpital confessionnel est due aux consultations prénatales et aux accouchements, comptabilisés avec les soins curatifs. En 1993, l'écart se creuse encore entre les hommes et les femmes pour atteindre environ 5 points. La chute de fréquentation du dispensaire de Toui avec le départ à la retraite de

son infirmier n'est en effet que peu compensée pour les hommes par un report des consultations sur l'hôpital Saint-Martin, alors que le nombre de patientes de Toui, mais aussi des autres communes, y augmente fortement. Cette amélioration du taux féminin d'utilisation y est favorisée par l'arrivée d'une sage-femme blanche, qui a revalorisé et redynamisé des activités de soins maternels et infantiles jusque là un peu délaissées au profit des soins curatifs. La tendance s'inverse totalement en 1994. Le taux d'utilisation masculin progresse de 4 points, alors que celui des femmes diminue de deux. Pour la première fois, les hommes de l'Est fréquentent davantage les services de santé que les femmes, à l'image de ce que l'on a déjà observé pour l'Ouest. Ici encore, cette inversion résulte de la chute du taux féminin d'utilisation à l'hôpital Saint-Martin, qui n'a que partiellement été compensée par une augmentation dans les dispensaires. Bien qu'importante, la diminution pour les hommes n'y a pas atteint le caractère dramatique de celle subie par les femmes.

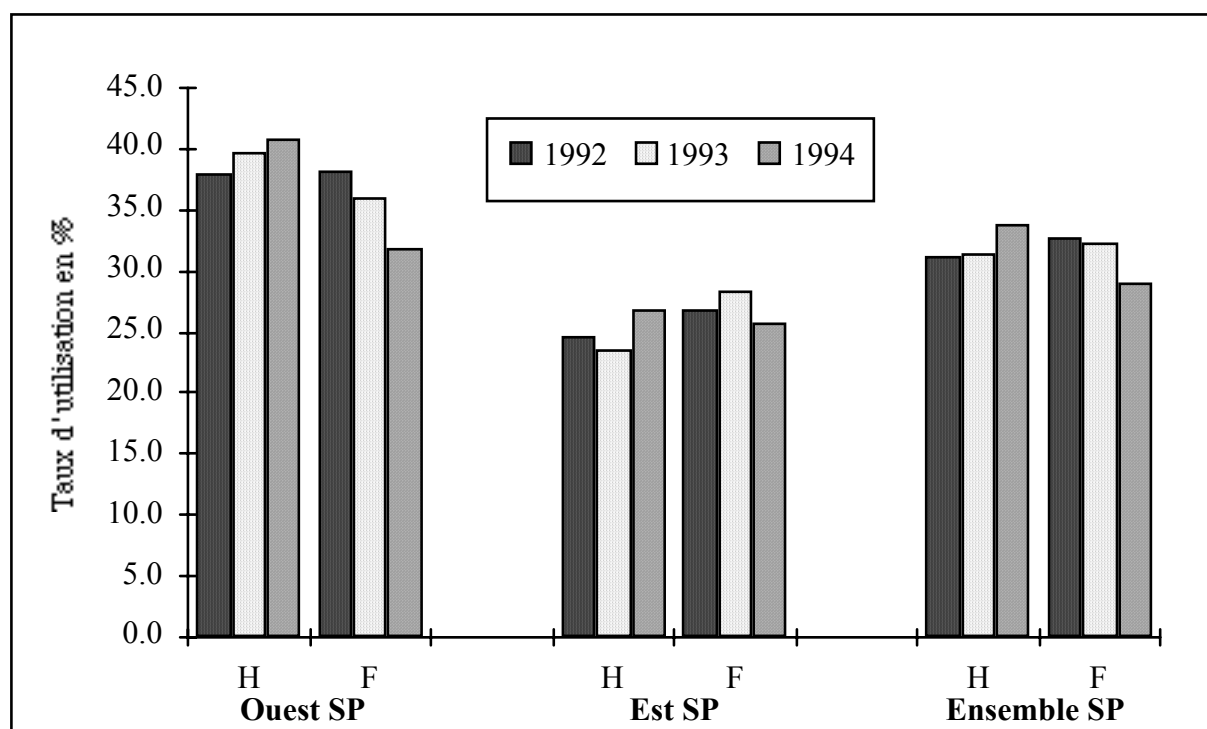


Figure 51 Evolution par sexe des taux d'utilisation pour les soins curatifs ambulatoires, pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessé, de 1992 à 1994 (sources: registres et fichier de patients, recensement de la population de 1992 réactualisé).

En conclusion, nous pouvons résumer ainsi l'évolution globale sur trois ans des taux d'utilisation des services de santé modernes:

- aussi bien pour l'Est (légèrement) que pour l'Ouest (fortement), les taux d'utilisation masculins sont supérieurs aux taux féminins en 1994;
- cette situation résulte d'une évolution divergente, similaire dans l'Est et l'Ouest, des taux d'utilisation selon les sexes, ceux des hommes augmentant et ceux de femmes diminuant.

Evolution entre 1992 et 1994 des taux d'utilisation par sexe et service de santé moderne

Comme l'indique la Figure 52, les femmes étaient sensiblement plus nombreuses que les hommes à fréquenter l'hôpital Saint-Martin de Papané en 1992 et 1993. Cet écart s'est même

creusé entre ces deux dates, puisque les taux d'utilisation des femmes étaient respectivement 1,2 et 1,3 fois supérieurs à ceux des hommes. Cependant, la baisse de l'accès économique à l'hôpital Saint-Martin consécutive à la dévaluation du FCFA frappa plus durement les femmes que les hommes. Le taux d'utilisation des femmes en 1994 est en effet quasi ramené au niveau de celui des hommes.

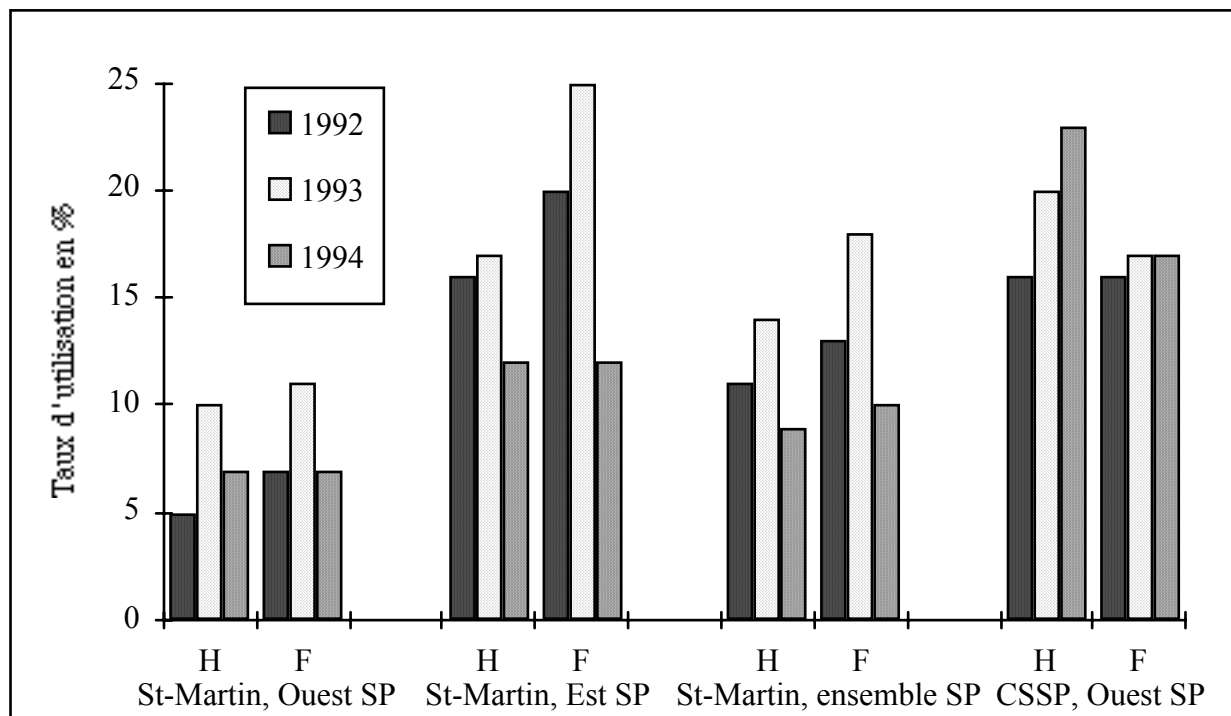


Figure 52 Evolution par sexe et région des taux d'utilisation pour les soins ambulatoires curatifs de l'hôpital Saint-Martin de Papané et du CSSP de Ouessè, de 1992 à 1994 (source: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Avant d'aller plus avant en distinguant les taux d'utilisation pour chacune des deux régions de la sous-préfecture, il est bon de rappeler que la surfréquentation féminine à l'hôpital Saint-Martin s'explique partiellement par un biais systématique. Il y est en effet très difficile de distinguer les consultations prénatales des consultations curatives, toutes enregistrées sur la même fiche de patient. Ce type de prestations, qui ne concerne évidemment pas les hommes, est donc, à défaut de mieux, inclus dans les soins curatifs. Ce biais est aggravé par le fait que, en général, une grossesse génère plusieurs consultations prénatales, qui sont toutes enregistrées. Pour l'année 1994, nous avons tenté de distinguer les consultations prénatales des consultations curatives, à partir d'un examen plus poussé des fiches des patientes. L'exercice n'est pas si évident, ne serait-ce qu'en raison de difficultés sémantiques. Il arrive en effet souvent qu'une consultation prénatale débouche sur des soins curatifs: paludismes sur grossesse... et surtout infections uro-génitales détectées lors des analyses de laboratoire de routine. Conformément à l'usage en vigueur à l'hôpital Saint-Martin qui pratique des prix différents selon les cas, nous avons donc considéré comme consultations prénatales uniquement les visites qui n'ont pas débouché sur l'administration d'un traitement.

Selon cette définition, les consultations prénatales ont été peu nombreuses à l'hôpital confessionnel en 1994: 245 pour les femmes venant de l'Est et seulement 49 pour celles de l'Ouest, soit respectivement 7,5 % et 2,5 % des consultations. Si l'on retranche ce type de consultations des taux féminins d'utilisation, ceux-ci n'en sont guère modifiés: 6,7 % contre 7 %

pour l'Ouest, 10,5 % contre 12,3 % pour l'Est et 8,5 % contre 9,6 % pour l'ensemble de la sous-préfecture. Nous ne pouvons toutefois pas extrapoler ces résultats pour 1992 et 1993, car nous ne savons pas si l'impact de la dévaluation a été similaire sur les consultations prénatales et les consultations curatives.

Si en 1992 et 1993 les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses à fréquenter l'hôpital Saint-Martin que les hommes, il existe cependant d'importantes variations en fonction de l'année et de la provenance. Ainsi, en 1992, le taux d'utilisation des femmes de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè est 1,4 fois supérieur à celui des hommes, alors que ce rapport n'est que de 1,2 pour l'Est. La forte augmentation du nombre de consultations à l'hôpital Saint-Martin en 1993 a surtout bénéficié aux hommes de l'Ouest (+ 107 % du taux d'utilisation) et, dans une moindre mesure, aux femmes de l'Ouest (+ 58 %). Pour l'Est, la croissance des taux d'utilisation est plus modeste et concerne davantage les femmes (+ 25 %) que les hommes (+ 7 %). Désormais, le rapport "taux d'utilisation des femmes / taux d'utilisation des hommes" est supérieur pour l'Est. En 1993, le taux d'utilisation des femmes de l'Ouest est en effet à peine supérieur à celui des hommes (moins de 1,1 fois plus élevé), alors que pour les patients de l'Est ce rapport est maintenant supérieur à 1,4. Si la chute de fréquentation enregistrée en 1994 conduit à des taux d'utilisation égaux entre hommes et femmes, aussi bien pour l'Est que pour l'Ouest, les deux sexes n'ont pas subi la même érosion de fréquentation. La baisse de ces taux est en effet plus forte pour les femmes, surtout celles de l'Est, que pour les hommes (– 50 % pour les femmes de l'Est, – 35 % pour celles de l'Ouest et environ – 33 % pour les hommes de l'Ouest comme de l'Est).

Que les femmes soient davantage touchées que les hommes par une hausse généralisée des prix des prestations et des courses en taxis ne constitue pas une surprise. Par contre, il est étonnant de constater que les femmes habitant le plus près de l'hôpital Saint-Martin aient connu la plus forte baisse du taux d'utilisation, puisque le coût des taxis est moindre pour elles. En fait, nous observons que, pour les femmes de l'Ouest et pour les hommes, quelle que soit leur provenance, le taux d'utilisation diminue environ d'un tiers, alors que pour les femmes de l'Est, il baisse de moitié. Cette différence est sans doute partiellement imputable à une forte baisse du nombre de consultations prénatales effectuées par les femmes de l'Est à l'hôpital Saint-Martin. Désormais, les femmes enceintes se font davantage suivre dans leurs maternités locales (Toui, Kilibo et Kémon), qui enregistrent toutes une nette augmentation du nombre de nouveaux cas entre 1993 et 1994. Ce phénomène a sans doute également joué pour les femmes de l'Ouest, mais avec un impact beaucoup plus faible sur les taux d'utilisation, puisque les consultations prénatales qu'elles effectuaient à l'hôpital confessionnel étaient proportionnellement beaucoup plus rares en raison de la distance supérieure.

D'équilibré en 1992, le sex-ratio des utilisateurs du CSSP de Ouessè provenant de l'ouest de la sous-préfecture pour des soins curatifs est devenu de plus en plus déséquilibré, au profit des hommes. En 1992, le rapport du taux d'utilisation des hommes sur celui des femmes était de 1. Il passe à 1,1 en 1993 et à 1,3 en 1994. Ainsi, l'augmentation constante des taux d'utilisation de 1992 à 1994 a plus profité aux hommes (+ 40 %) qu'aux femmes (+ 7 %). Il semble toutefois qu'un certain relâchement dans la tenue du registre des soins curatifs de la maternité du CSSP explique une partie de cet écart.

Les patients provenant de l'Est se caractérisent par des taux d'utilisation dérisoires (moins de 1 %) et par une forte prépondérance des hommes, surtout en 1992. Il faut probablement davantage y voir un plus fort engouement des femmes de l'Est pour l'hôpital Saint-Martin plutôt que pour le CSSP, qu'une mobilité supérieure des hommes de cette région.

La tendance pour l'ensemble des dispensaires est particulièrement nette: ils sont tous, hormis le CCS de Kémon et la maternité de Challa Ogoï, plus fréquentés par les hommes que

par les femmes, et cela quelle que soit l'année considérée (cf. Figure 53). Cette tendance s'est même accentuée en 1994 au dispensaire de Tosso où le taux masculin d'utilisation progresse, alors que celui des femmes recule. Il en résulte que le premier devient 1,35 fois supérieur au second. Par contre, le dispensaire de Kokoro connaît en 1994 un certain rééquilibrage entre les sexes et celui de Kilibo atteint pour la première fois une égalité parfaite. Le cas du dispensaire de Toui est particulier par l'ampleur des variations, tant des taux d'utilisation par sexe que du rapport entre ces taux. En 1992, les hommes n'y sont que légèrement plus nombreux que les femmes. Le départ de l'infirmier, relayé par un aide-soignant, entraîne en 1993 un effondrement des taux masculins de consultation (– 50 %), mais plus encore féminins (– 74 %). Le taux masculin d'utilisation est désormais 2,1 fois supérieur à celui des femmes. L'augmentation des prix à l'hôpital Saint-Martin début 1994 et l'envoi d'un infirmier au dispensaire eurent pour conséquences un retour à la situation de 1992 pour les hommes, après une augmentation du taux d'utilisation de 95 %, ainsi qu'une très forte croissance du taux d'utilisation des femmes (+ 135 %). Il n'en demeure pas moins qu'en 1994 le taux d'utilisation des femmes reste très en retrait par rapport à celui de 1992 et que les hommes y sont encore proportionnellement 1,8 fois plus nombreux que les femmes.

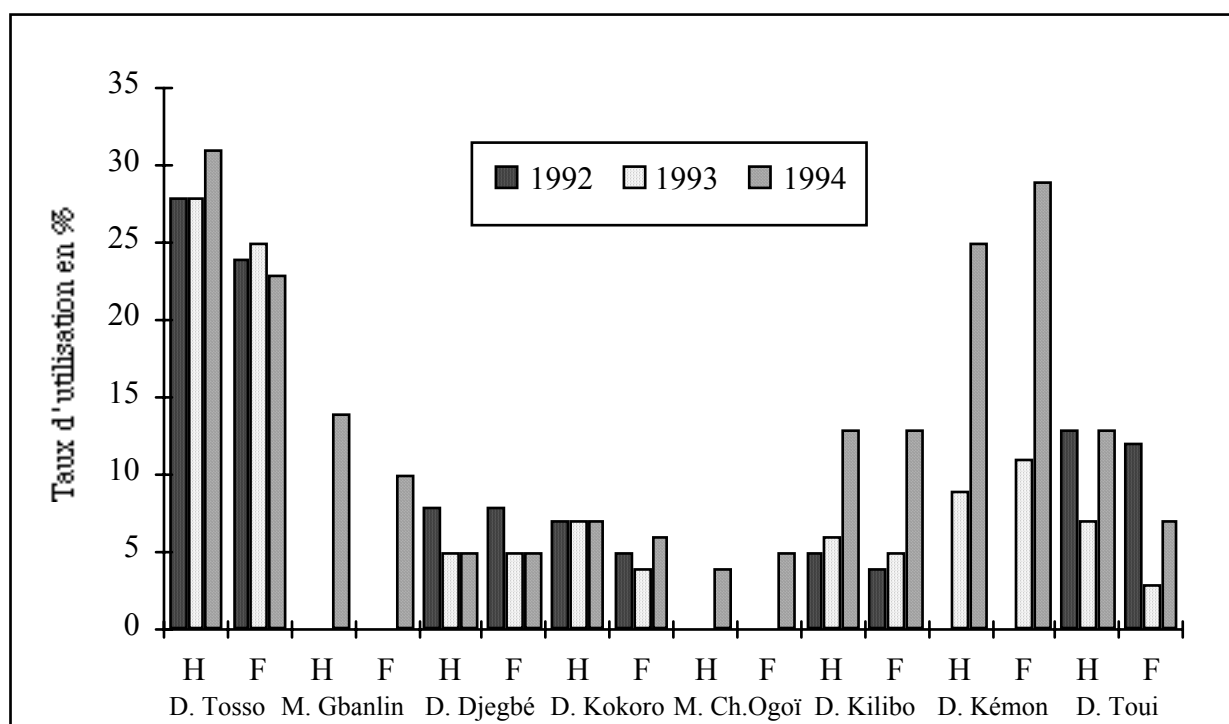


Figure 53 Evolution par sexe des taux d'utilisation pour les soins curatifs des dispensaires, de 1992 à 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Remarque: pour les années 1992 et 1993, le sex-ratio des utilisateurs du CCS de Djegbé n'est pas connu. Il en va de même pour le CCS de Kémon en 1993. Pour ces dates, nous avons appliqué aux taux d'utilisation global de ces services de santé le même sex-ratio qu'en 1994.

D = dispensaire;

M = maternité pratiquant aussi les soins curatifs.

Les deux établissements de soins privés tenus par des infirmiers attirent proportionnellement autant d'hommes que de femmes en 1992 (cf. Figure 54). En 1993, la clinique de Laminou a déjà pour ainsi dire fermé ses portes, alors que le cabinet de soins de Botti est sur le déclin. Les hommes l'utilisent alors légèrement plus que les femmes.

Passons rapidement sur le niveau des services de santé les plus bas existant dans la sous-préfecture de Ouessè: les secouristes. Ouvert fin 1993, le poste de secours privé de Laminou enregistre proportionnellement 1,4 fois plus d'hommes que de femmes. L'unité villageoise de santé d'Attata, à 3 kilomètres de Ouessè, se caractérise quant à elle par un taux d'utilisation global très élevé et par une grande variabilité annuelle entre les sexes. En 1992 et 1994 les taux masculins d'utilisation y sont nettement plus élevés que ceux des femmes, alors que c'est le contraire en 1993.

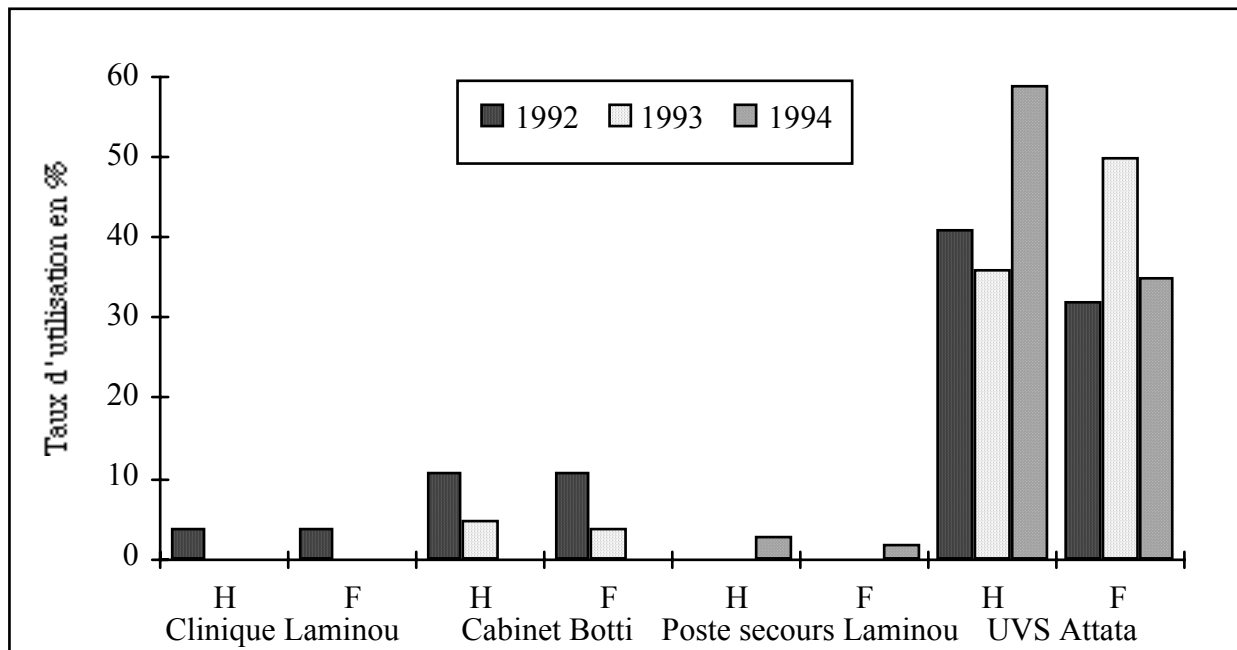


Figure 54 Evolution par sexe des taux d'utilisation pour des soins curatifs des services de santé privés et de l'UVS d'Attata, de 1992 à 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Ainsi, les taux d'utilisation des différents services de santé modernes ont connu, entre 1992 et 1994, des variations souvent inégales selon le sexe, inégalités jouant plutôt en défaveur des femmes. Nous avons émis l'hypothèse que le niveau hiérarchique des services joue un rôle attractif différent selon le sexe. Nous pensions notamment que, en vertu de la mobilité, de la richesse et de la valorisation supérieures des hommes, ces derniers utiliseraient davantage que les femmes les services de santé de niveaux intermédiaire et supérieur, en général plus éloignés et plus chers que les CCS. Il n'en est rien. Bien que les hommes tendent de plus en plus à fréquenter davantage que les femmes tous les types de services de santé modernes, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à fréquenter l'hôpital Saint-Martin plutôt que le CSSP de Ouessè ou un CCS de la sous-préfecture et aussi plus nombreuses à visiter le CSSP plutôt qu'un CCS, et cela pour chacune des trois années étudiées. Autrement dit, les femmes consultent proportionnellement davantage les services de rang élevés que les hommes, et le fait qu'en 1994 le taux de consultation global de ces derniers ait dépassé celui des femmes n'y a rien changé.

Influence du sexe de l'agent de santé traitant sur le choix d'un service de santé

Nous avons émis l'hypothèse que les malades préfèrent consulter un agent de santé de leur sexe. En 1994, tous les services de santé publics desservis par des hommes attirent proportionnellement plus d'hommes que de femmes, sauf le dispensaire de Kilibo où il y a

égalité. Par contre, des quatre services tenu par des femmes, deux attirent légèrement plus de femmes que d'hommes (CCS de Kémon et maternité de Challa Ogoï), un connaît un sex-ratio équilibré (CCS de Djegbé), mais un attire nettement plus d'hommes que de femmes (maternité de Gbanlin). Toutefois, une analyse plus pertinente de la question passe par la prise en compte de l'âge des patients. D'éventuelles préférences d'ordre sexuel ne concernent en effet que les adultes. Si l'on s'en tient donc aux seuls adultes, les tendances ne changent pourtant guère. Le dispensaire de Kilibo attire davantage de femmes que d'hommes adultes, alors que c'est le contraire pour tous les autres services de santé publics desservis par des infirmiers. Pour les services tenus par des infirmières, le CCS de Kémon et surtout la maternité de Challa Ogoï attirent nettement plus de femmes que d'hommes adultes, alors que l'on constate le contraire pour le CCS de Djegbé et la maternité de Gbanlin.

Le sexe de la personne assurant les consultations ne semble donc guère jouer de rôle dans le choix d'un service de santé, selon le sexe du malade¹. Il se peut bien sûr que l'allongement du trajet nécessité par la fréquentation d'un service de santé jugé plus acceptable ait fortement masqué la préférence envers un agent de son sexe. Si cela est bien le cas, il y aurait effectivement une préférence, mais pas suffisamment affirmée pour contrebalancer le surcoût qu'elle entraînerait. Nous avons déjà observé que les malades ne consultent pour ainsi dire jamais le CCS d'une commune voisine. Un choix d'ordre sexuel ne pousse donc pas, par exemple, des hommes de Kémon à délaisser leur CCS tenu par une infirmière, pour se rendre chez l'infirmier du dispensaire de Kilibo, à 5 kilomètres de là, et inversement. La présence d'une infirmière pourrait par contre les inciter à choisir l'hôpital Saint-Martin plutôt que le CCS local. Même si beaucoup d'agents de santé affirment que leur sexe est indifférent pour leurs patients, il semble bien que cela ne soit pas toujours le cas, mais que l'impact de ces préférences sur les comportements soient peu marqués:

Je préférerais une femme pour la consultation. Je vais à contrecœur, mais quand on est malade... [une femme de l'agglomération de Ouessè].

La situation est toutefois un peu différente depuis fin 1993 dans les communes de Gbanlin et de Challa Ogoï. La population y a désormais le choix pour les soins curatifs entre un infirmier, au dispensaire, et une infirmière, à la maternité. La proximité de ces deux types d'agents de santé, à 2 ou 3 kilomètres l'un de l'autre, pourrait provoquer un chassé-croisé entre les patients et les patientes des villages abritant le dispensaire et la maternité.

Lors de notre enquête par questionnaire dans le village de Gbanlin abritant une maternité, plusieurs hommes ont souhaité l'affectation à Gbanlin d'un infirmier, alors que d'autres voulaient le transfert à côté de la maternité du dispensaire, actuellement à Tosso à 2 kilomètres. La justification avancée était qu'ils devaient se déplacer à Tosso pour les soins curatifs, tout particulièrement pour des affections uro-génitales, pour lesquelles il serait difficile de consulter une femme. Il est toujours bon de pouvoir recouper les affirmations des interlocuteurs avec d'autres sources, afin de les pondérer ou de les confirmer.

En l'occurrence, les registres de santé montrent qu'en 1994 les hommes adultes, qu'ils viennent de Tosso ou de Gbanlin, sont plus nombreux que les femmes à fréquenter le dispensaire de Tosso. Étonnamment, c'est aussi le cas pour la maternité de Gbanlin. Si les adultes de Gbanlin vont désormais pour la plupart se faire soigner à la maternité de leur village, une forte minorité d'entre eux, aussi bien d'hommes que de femmes, continuent à visiter le dispensaire de Tosso. Il faut y voir une nouvelle manifestation de sa forte attraction locale. Par contre, et ceci corrobore cela, quasi aucun adulte (3 hommes et 1 femme) de Tosso n'a délaissé le dispensaire au profit de la maternité de Gbanlin.

¹ Par contre, la sage-femme de Challa Ogoï affirme que les femmes préfèrent amener leurs petits enfants à la maternité plutôt qu'au dispensaire, pour les soins curatifs.

Si l'on ne s'intéresse maintenant qu'aux quelques cas d'affections uro-génitales diagnostiqués, pour lesquels la réticence à consulter quelqu'un du sexe opposé est probablement maximal, on constate qu'aucun homme adulte de Gbanlin n'est allé au dispensaire de Tosso pour un tel problème. Par contre, trois femmes adultes y sont allées pour cette raison. De plus, un homme adulte de Gbanlin a consulté l'infirmière de la maternité de Gbanlin pour un problème uro-génital, tout comme d'ailleurs deux autres hommes d'autres villages. Nous ne doutons pas que, s'il y avait un infirmier à Gbanlin, la plupart des hommes de ce village s'y rendraient plutôt qu'à la maternité¹. Mais, comme le prouvent les quelques chiffres ci-dessus, les réticences à consulter un agent du sexe opposé ne doivent pas être exagérées quant à leurs effets. Ce problème est par contre bien réel pour les *Peul*, dont les femmes refusent souvent de se déshabiller, même parfois devant une sage-femme. Ce serait une des causes du faible taux d'accouchement des *Peul* en maternité². A Gbanlin, les réticences exprimées par certains hommes nous sont davantage apparues comme un prétexte pour revendiquer l'ensemble du CCS dans leur village, chef-lieu de commune, que comme une réelle barrière culturelle à l'accès.

Dans la commune de Challa Ogoï, une légère préférence pour un thérapeute de son sexe se dégage par contre de l'analyse de l'utilisation selon le sexe des deux composantes du CCS. Un tiers des patientes adultes de Kokoro ont consulté l'infirmière de Challa Ogoï plutôt que l'infirmier de leur village. Une petite minorité d'hommes adultes de Kokoro sont tout de même allés consulter l'infirmière de la maternité de Challa Ogoï. Deux faits peuvent l'expliquer. Premièrement, quand l'infirmier est absent (vacances, missions...), tous les patients se tournent vers l'infirmière (et inversement)... ou vont à l'hôpital Saint-Martin. Deuxièmement, l'infirmier de Kokoro connaît une relation difficile avec certains habitants du village, principalement avec les personnes originaires de Kokoro. De même, la majorité des adultes de Challa Ogoï, quel que soit leur sexe, consultent leur infirmière plutôt que l'infirmier de Kokoro. Toutefois, si les femmes de Challa Ogoï sont très rares au dispensaire de Kokoro, les hommes y sont presque aussi nombreux qu'à la maternité de Challa Ogoï. Pour ce CCS un peu particulier, la friction de la distance, quelque peu pondérée par des considérations d'ordre sexuel, reste donc le principal facteur influençant le choix d'un service de santé.

Il faut encore remarquer que les consultations sont, à l'hôpital Saint-Martin de Papané, assurées tantôt par des femmes, tantôt par des hommes, tantôt encore par un homme et une femme ensemble, sans que le patient puisse choisir son thérapeute ni prévoir qui consultera. Cela n'empêche pas cet établissement d'attirer de très loin des patients des deux sexes.

Il semble donc bien que le sexe de l'agent de santé ne constitue pas dans le Moyen-Bénin un obstacle à la fréquentation des services de santé. En tous cas, son impact sur les taux d'utilisation est bien moindre que celui de la distance. De l'avis même des agents de santé, leur sexe ne pose que peu ou pas de problèmes, que ce soit aux femmes ou aux hommes. A Kémon par exemple, le secouriste assiste aux accouchements, sans que cela gêne les femmes, selon la

¹ La question est d'ailleurs toute théorique, car dans ce cas il n'y aurait plus de choix, l'infirmière se limitant aux tâches traditionnelles d'une sage-femme.

² Le "roi" des *Peul* des environs de Ouessè minimise le rôle actuel de cette cause: "Maintenant, seul l'argent les retient d'aller". Il rapporte quelques cas où les parturientes *peul* ont eu le sentiment de se faire gruger. "Les riches y vont et les pauvres accouchent à la maison. Ils demandent 5'000 ou 6'000 FCFA pour un accouchement, alors que parfois c'est expédié en trois quarts d'heure!". Il admet qu'autrefois une femme ne devait pas accoucher à la maternité, que c'était honteux, que la position couchée, la présence de la sage-femme et la lumière gênaient les femmes. "Tous cela est fini pour la jeune génération, qui pratique même des relations sexuelles la journée, alors qu'avant on attendait la nuit, quand tous les enfants dormaient". Malgré le recours limité à la maternité pour accoucher, toutes les femmes *peul* de Gbaffo iraient cependant, selon le "roi", à la consultation prénatale. Si cela s'avérait exact, ce dont doutent les sages-femmes qui n'ont toutefois pas de réel moyen de contrôle, cela attesterait que la pudeur n'est plus une barrière insurmontable. En cas d'accouchement à domicile, qui se pratique encore accroupi et sans aucune aide, les femmes *peul* de la région de Ouessè ne vont pas ensuite à la maternité avec l'enfant pour un contrôle: par le passé, l'une d'elle avait pratiqué ainsi et s'était vue infliger une amende de 3'000 FCFA.

sage-femme du moins¹. Certaines sages-femmes ont même été choquées par ce qu'elles considèrent comme l'impudeur des femmes d'une des deux principales ethnies locales. Cela relève sans doute autant des clichés, voire des stigmates, que les différents groupes ethniques se renvoient, que de la réalité.

Un impact de la distance sur les taux d'utilisation différent selon le sexe?

Après avoir étudié globalement le taux d'utilisation des services de santé en fonction du sexe, nous envisageons maintenant le taux d'utilisation par sexe et par localité pour les trois niveaux hiérarchiques de services de santé: l'hôpital Saint-Martin de Papané, le CSSP de Ouessè et l'ensemble des CCS. Nous partirons de la situation prévalant en 1994, pour remonter rapidement dans le temps, afin d'y déceler d'éventuelles variations. Nous utiliserons des graphiques pour synthétiser à la fois rapidement et très visuellement la différence, selon le sexe, de décroissance des taux d'utilisation des services avec l'augmentation de la distance. Ces graphiques fournissent pour chaque sexe une approximation à la fois de l'aire maximale d'attraction d'un service de santé et de l'intensité d'attraction de ce dernier sur chaque localité. En d'autres termes, ils permettent de savoir si l'espace médical d'un service de santé est le même pour les clientèles masculine et féminine.

Selon notre habitude, nous commencerons par l'établissement situé au sommet de la hiérarchie sanitaire locale: l'hôpital Saint-Martin. Nous venons de voir qu'en 1994 le taux d'utilisation de cet hôpital est identique pour les hommes et les femmes. Comme l'atteste la Figure 55, cela ne signifie pas que ces taux soient égaux pour chaque localité. En fait, on constate que le taux d'utilisation des femmes est en moyenne supérieur à celui des hommes pour une distance inférieure à 35 kilomètres, puis que la tendance s'inverse. Aucun village de la sous-préfecture ne connaît un taux d'utilisation nul, que ce soit pour les hommes ou les femmes. Mais nous en sommes proches, pour les villages les plus éloignés de l'hôpital. Selon le graphique, le rayon maximal de l'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin (intersection de la courbe et de l'abscisse) est de 75 kilomètres pour les femmes et de 95 kilomètres pour les hommes. Le taux d'utilisation des femmes supérieur à celui des hommes pour les villages les plus proches de l'hôpital s'explique en partie par la surutilisation relative des soins maternels et infantiles par les femmes des villages du nord-est de la sous-préfecture.

La situation en 1992 et en 1993 est caractérisée par une grande dispersion des valeurs. Il en résulte un mauvais ajustement des courbes aux nuages de points (valeurs de r^2 comprises entre 0,31 et 0,57 seulement). Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que pour les trois années, les valeurs de r^2 sont toujours nettement plus élevées pour les femmes que pour les hommes. Cela indique que la friction de la distance s'exerce plus "régulièrement" sur celles-ci que sur ceux-là.

En deçà d'une certaine distance, les taux d'utilisation féminins sont, pour les trois années, supérieurs à ceux des hommes; puis l'avantage initial des femmes s'inverse au profit des hommes. Cette inversion intervient de plus en plus rapidement avec le temps: à environ 50 kilomètres en 1992, à 43 kilomètres en 1993 et à seulement 35 kilomètres en 1994.

En bref, l'évolution entre 1992 et 1993 des taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin selon le sexe se caractérise par une diminution des écarts entre hommes et femmes, surtout pour

¹ Mais une femme *nagot* affirme qu'elle se gêne, nue devant un agent de santé, quel que soit son sexe. Ailleurs, une vieille femme *nagot* dit au contraire qu'il n'y a pas de gêne lors des accouchements et consultations prénatales. Le degré de pudeur est sans doute une question assez individuelle. La question est plus de savoir si la pudeur retient quelqu'un de consulter ou d'effectuer un accouchement assisté par des sages-femmes ou des matrones, que si les patients éprouvent de la gêne lorsqu'ils doivent se dénuder devant un agent de santé. Fournier, Haddad et Pépin (1993) voient quant à eux dans l'amélioration de l'acceptabilité des services découlant de la féminisation du personnel la cause déterminante de l'augmentation du nombre d'accouchements dans la zone de santé rurale de Nioko, au Zaïre.

les villages les plus proches de l'hôpital, par une régularité croissante avec le temps de l'impact de la distance sur les taux d'utilisation par village, aussi bien pour les hommes que les femmes, par des taux féminins d'utilisation supérieurs à ceux des hommes pour les distances courtes et moyennes, mais aussi par une friction de la distance plus marquée pour les femmes que pour les hommes et qui s'accroît encore avec le temps.

En 1994, le taux masculin d'utilisation du CSSP de Ouessè est supérieur à celui des femmes, quelle que soit la distance (cf. Figure 56). Toutefois, le taux d'utilisation de chaque sexe tombe à zéro pour une distance identique du CSSP (26 kilomètres). Nous pouvons en déduire que l'espace médical masculin du CSSP recoupe parfaitement son espace médical féminin, avec cependant des variations d'intensité d'attraction entre les sexes parfois importantes d'un village à l'autre.

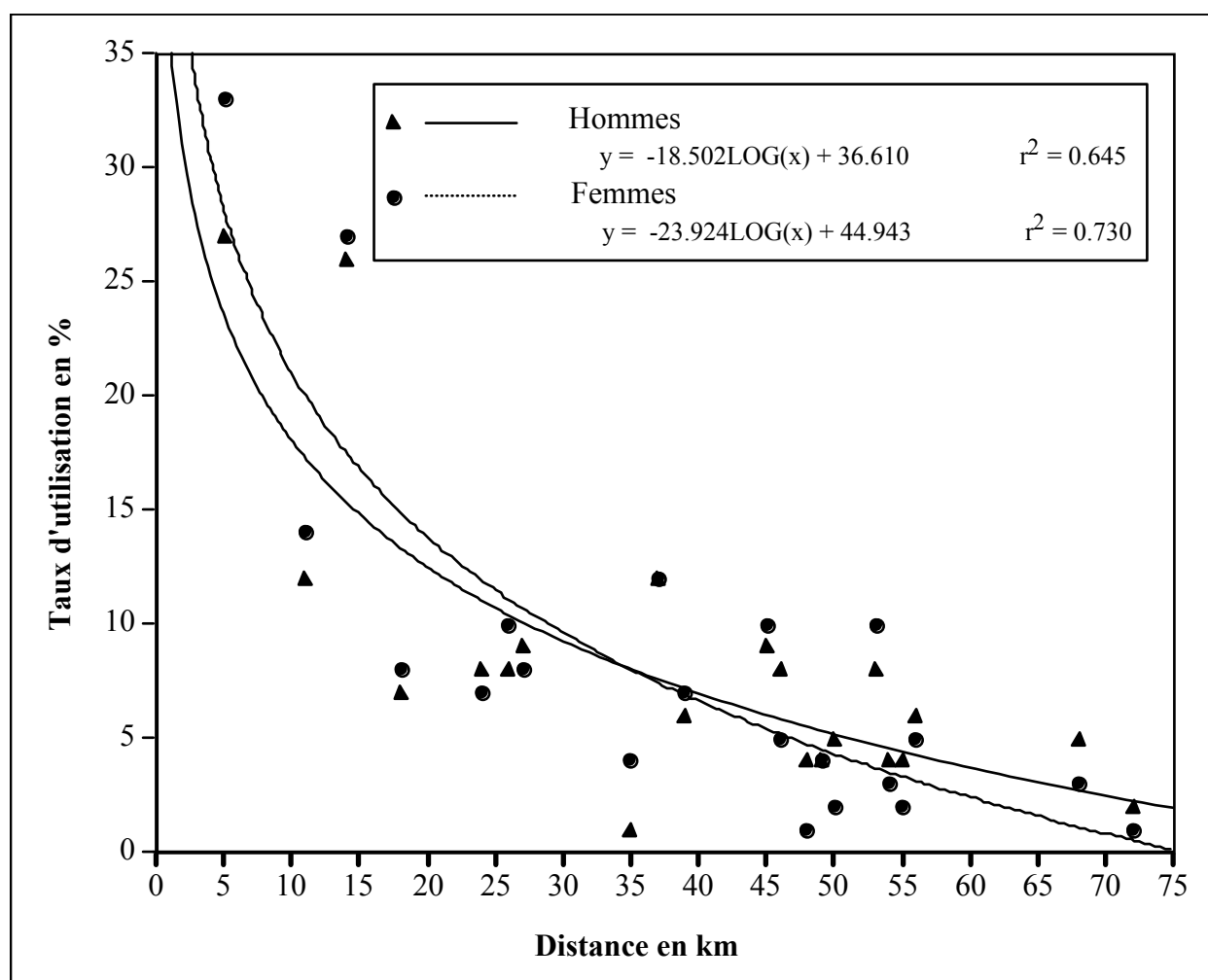


Figure 55 Taux d'utilisation pour les soins ambulatoires de l'hôpital Saint-Martin de Papané en fonction du sexe et de la distance, en 1994 (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

En 1992 et 1993, la situation était identique à celle de 1994, si ce n'est que nous assistons avec le temps à un léger rétrécissement du rayon maximal d'attraction du CSSP, qui passe successivement de 31 à 29, puis 26 kilomètres. En 1992, l'écart entre les deux courbes est presque nul. Il se creuse un peu en 1993, au profit des hommes, puis se maintient en 1994. Pour les trois années et les deux sexes, les valeurs de r^2 sont élevées (entre 0,81 et 0,85), ce qui

signifie que les fonctions logarithmiques proposées décrivent bien la baisse des taux d'utilisation en fonction de la distance.

Pour l'ensemble des dispensaires de la sous-préfecture, y compris les deux maternités pratiquant des soins curatifs, les taux d'utilisation masculins sont en moyenne systématiquement supérieurs à ceux des femmes pour les localités situées dans un rayon de 5 kilomètres (cf. Figure 57). Les taux d'utilisation masculins et féminins tendent vers zéro en moyenne à 11 kilomètres des CCS. Cette valeur constitue donc le rayon maximal de l'aire d'attraction des services de santé de base. La situation en 1992 et 1993 était presque identique¹, avec des écarts entre les deux courbes à peine plus importants.

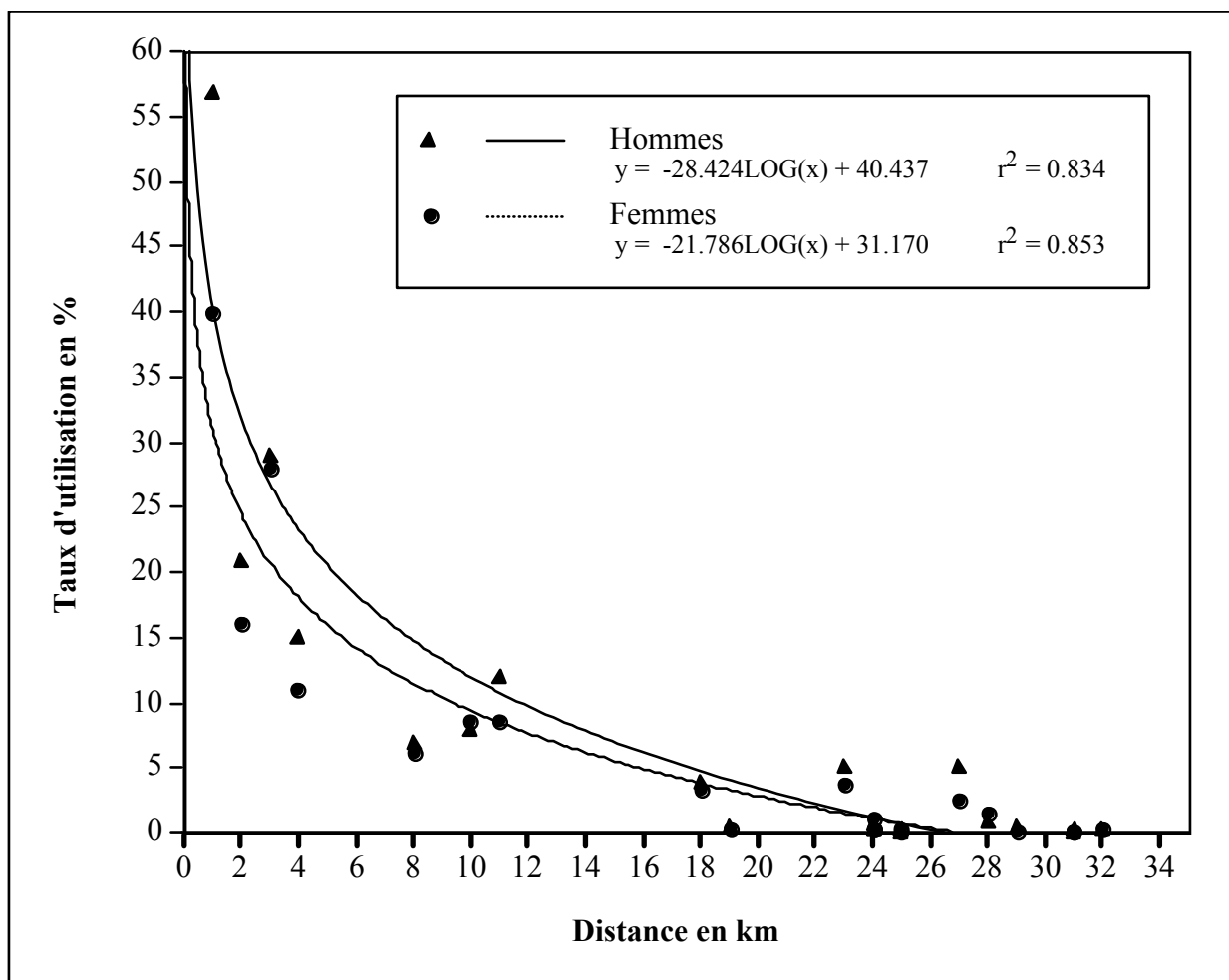


Figure 56 Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires en fonction du sexe et de la distance en 1994 (sources: registres de santé et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Si les taux d'utilisation des femmes sont supérieurs à ceux des hommes à l'hôpital Saint-Martin, du moins pour les distances courtes à moyenne, et inférieur au CSSP et aux CCS, la distance moyenne parcourue pour atteindre chacun de ces trois types de services est rigoureusement identique pour les hommes et les femmes.

¹ Pour ces deux années, les graphiques, non fournis ici, ne prenaient en compte que les dispensaires de Tosso, Kokoro, Kilibo et Toui.

Variations d'attraction des services de santé modernes sur chaque localité selon le sexe

Nous avons calculé des indices d'attraction quantifiant l'intensité de la relation entre les différents services et les localités de la sous-préfecture de Ouessè, à partir des taux de dépendance de la population envers chaque service de santé, des taux de dépendance de chaque service de santé envers la clientèle provenant des différentes localités et des taux d'utilisation par localité des services de santé (cf. partie III, chap. 2b). De tels indices nous avaient permis de dresser les cartes de l'espace médical des services de santé. Nous allons utiliser la même méthode pour cartographier les écarts d'attraction selon le sexe. Afin d'alléger ce sous-chapitre, nous n'étudierons que la situation en 1994, année la plus récente pour laquelle nous disposons de données. Les quatre tableaux nécessaires à la réalisation des cartes ci-dessous figurent en Annexes 8 à 11.

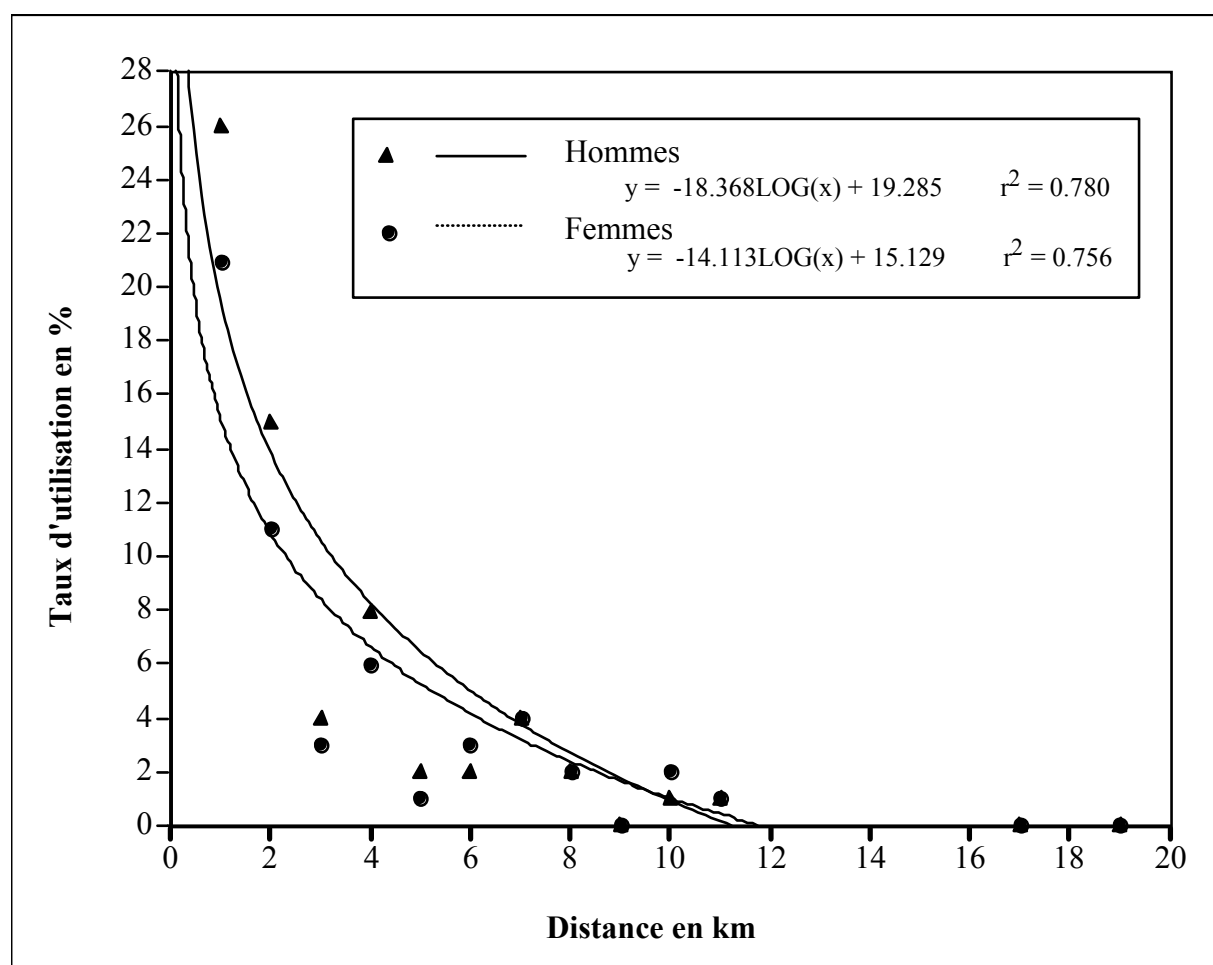


Figure 57 Taux d'utilisation des dispensaires de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs en fonction du sexe et de la distance, en 1994 (sources: registres de santé et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Nous commencerons par examiner le cas de l'hôpital Saint-Martin de Papané. La carte ci-après montre la différence entre l'indice d'attraction des hommes et celui des femmes (cf. Figure 58). Lorsque le trait est continu, l'indice des hommes est supérieur à celui des femmes. Lorsqu'il est discontinu, l'indice des femmes est supérieur à celui des hommes. L'absence de trait indique qu'il n'y a pas de différence entre hommes et femmes. Traits continus et pointillés sont d'autant plus épais que la différence entre les sexes est importante. Rappelons que les indices d'attraction vont théoriquement de 0 à 15.

Cette carte montre un schéma largement conforme à ce que le graphique de la Figure 55 indiquait déjà d'une autre manière et avec un indicateur d'attraction moins complexe: pour des distances faibles à moyennes, l'attraction de l'hôpital confessionnel s'exerce légèrement plus sur les femmes que sur les hommes, puis la tendance s'inverse avec l'augmentation de la distance. Pour les villages du nord-est de la sous-préfecture, l'indice d'attraction est donc un peu supérieur pour les femmes (Toui, Toui Gare, Akpéro, Kilibo Gare), voire équilibré (Ogoutédo, Toui PK, Kémon, Kilibo). Nettement plus loin, mais bien reliées à cet hôpital par des taxis quotidiens, les

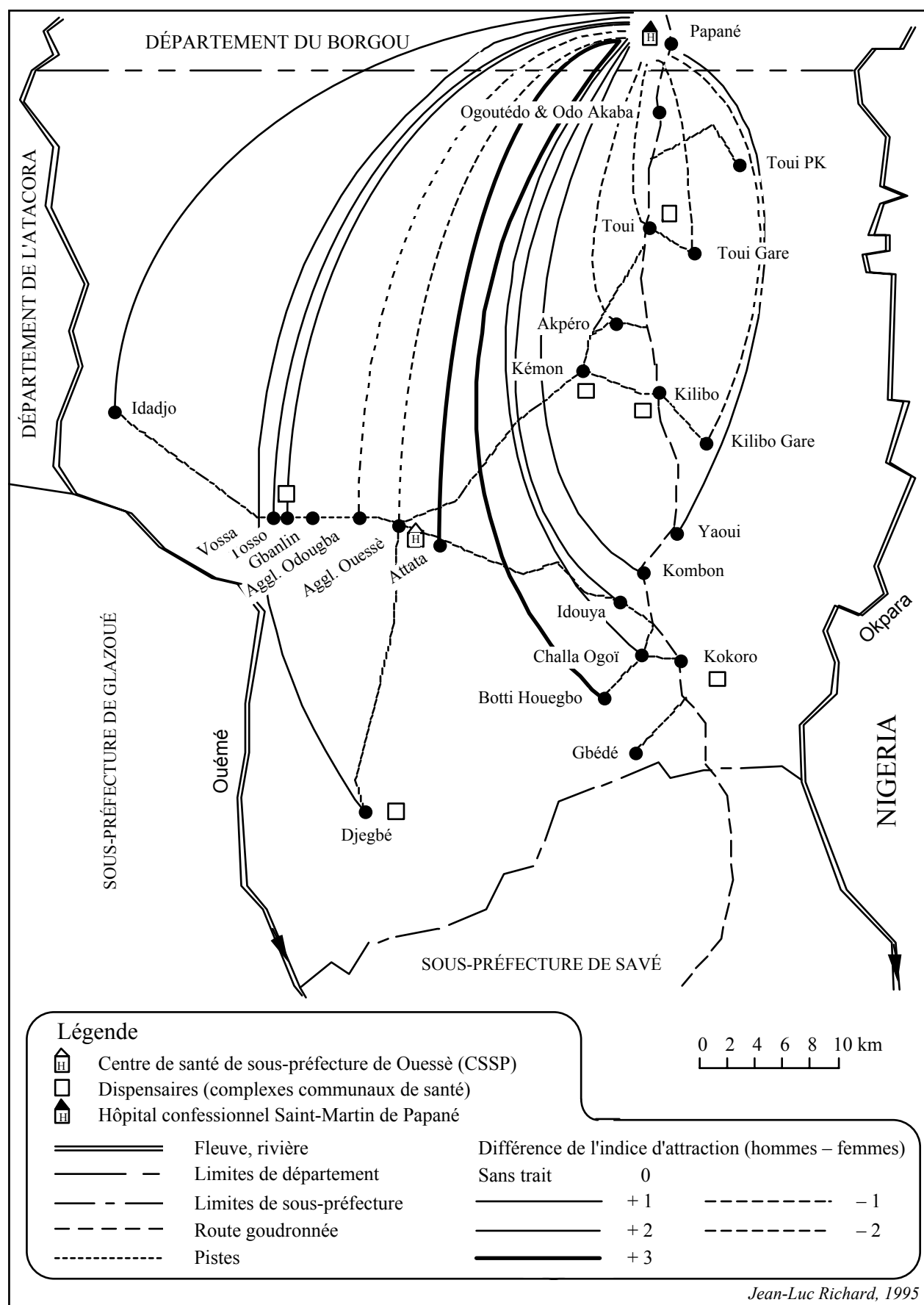


Figure 58

Différence d'attraction de l'hôpital Saint-Martin de Papané sur les habitants des localités de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe, en 1994.

femmes des agglomérations de Ouessè et d'Odougba y sont aussi légèrement plus attirées que les hommes. Lorsque l'on s'éloigne davantage encore, l'attraction selon le sexe s'équilibre (Gbanlin), kilomètres à l'est de l'agglomération de Ouessè, se distingue à nouveau fortement des deux agglomérations voisines. Non seulement les habitants de ce village recourent très peu à l'hôpital Saint-Martin, mais encore ce sont les hommes qui en subissent principalement l'attraction¹. Les difficultés de transport déjà évoquées pour expliquer la faible utilisation de cet hôpital par les habitants d'Attata rebutteraient-elles moins les hommes que les femmes? C'est probable, comme le suggère également l'indice d'attraction supérieur des hommes des villages du sud-est de la sous-préfecture, eux aussi passablement éloignés de Papané et parfois enclavés par rapport à la route goudronnée (Idouya, Challa Ogoï et Botti Houegbo).

Nous pouvons donc conclure que, pour l'établissement occupant le sommet de la hiérarchie sanitaire régionale, une bonne accessibilité profite davantage aux femmes qu'aux hommes.

Pour le CSSP de Ouessè, le premier constat est la faiblesse des variations d'attraction selon le sexe, comme le laissait déjà pressentir la Figure 56. Les localités les plus proches du CSSP n'enregistrent d'ailleurs aucune différence d'attraction en fonction du sexe (cf. Figure 59). Ce n'est qu'au-delà d'une dizaine de kilomètres que l'on retrouve une attraction à peine supérieure pour les hommes que pour les femmes (Vossa, Idadjo et Djegbé). Le village d'Attata se singularise à nouveau, avec cette fois une dépendance envers le CSSP légèrement supérieure pour les femmes. Il s'agit là sans doute là du corollaire à la dépendance supérieure des hommes de ce village envers l'hôpital Saint-Martin. L'attraction du CSSP sur les villages du sud-est de la sous-préfecture est assez équilibrée en ce qui concerne le sexe: deux villages connaissent un équilibre parfait, deux une faible supériorité masculine et quatre une légère prédominance féminine. Bien qu'il ne faille pas accorder trop d'importance à ces villages du Sud-Est, dont les habitants fréquentent très peu le CSSP, nous constatons que la distance ne semble pas y désavantager les femmes.

Nous avons déjà remarqué que, globalement mais aussi pour la plupart des CCS, les taux d'utilisation masculins des dispensaires surpassent ceux des femmes. Nous verrons maintenant que ce schéma général cache des variations non négligeables, dès lors que l'on compare les indices d'attraction selon le sexe, localité par localité, pour chacun des CCS (cf. Figure 60).

Pour tous les villages de son aire d'attraction, le dispensaire de Tosso connaît des indices d'attraction égaux pour les deux sexes. La maternité de Gbanlin, par contre, jouit d'une influence bien supérieure sur les hommes que sur les femmes habitant Tosso, aussi étonnant que cela puisse a priori paraître pour un service tenu par une femme. L'attraction de cette maternité est cependant équilibrée en ce qui concerne le sexe pour les autres villages de la commune.

L'attraction du CCS de Djegbé, lui aussi desservi par une infirmière, est également un peu plus forte sur les hommes que sur les femmes.

La situation du CCS de Challa Ogoï est complexe, depuis que la maternité de Challa Ogoï délivre aussi des soins curatifs, en plus du dispensaire de Kokoro. Les hommes de deux villages assez éloignés de Kokoro (Gbédé et Yaoui) sont nettement plus dépendants du dispensaire que les femmes. En fait, les femmes de ces villages ne fréquentent quasi pas ce dispensaire. La faible accessibilité des patients d'Idouya et de Botti Houegbo au dispensaire de Kokoro n'y débouche pourtant pas sur une attraction supérieure pour les hommes, peut-être parce qu'ils dépendent plus que les femmes de l'hôpital Saint-Martin. Les trois villages bénéficiant de la plus grande

¹ Il convient toutefois de rester prudent dans cette distinction selon le sexe, car le nombre total de consultations à l'hôpital Saint-Martin est très faible pour ce village (13).

accessibilité, en termes de distance et de disponibilité en taxis (Kokoro, Challa Ogoï et Kombon)

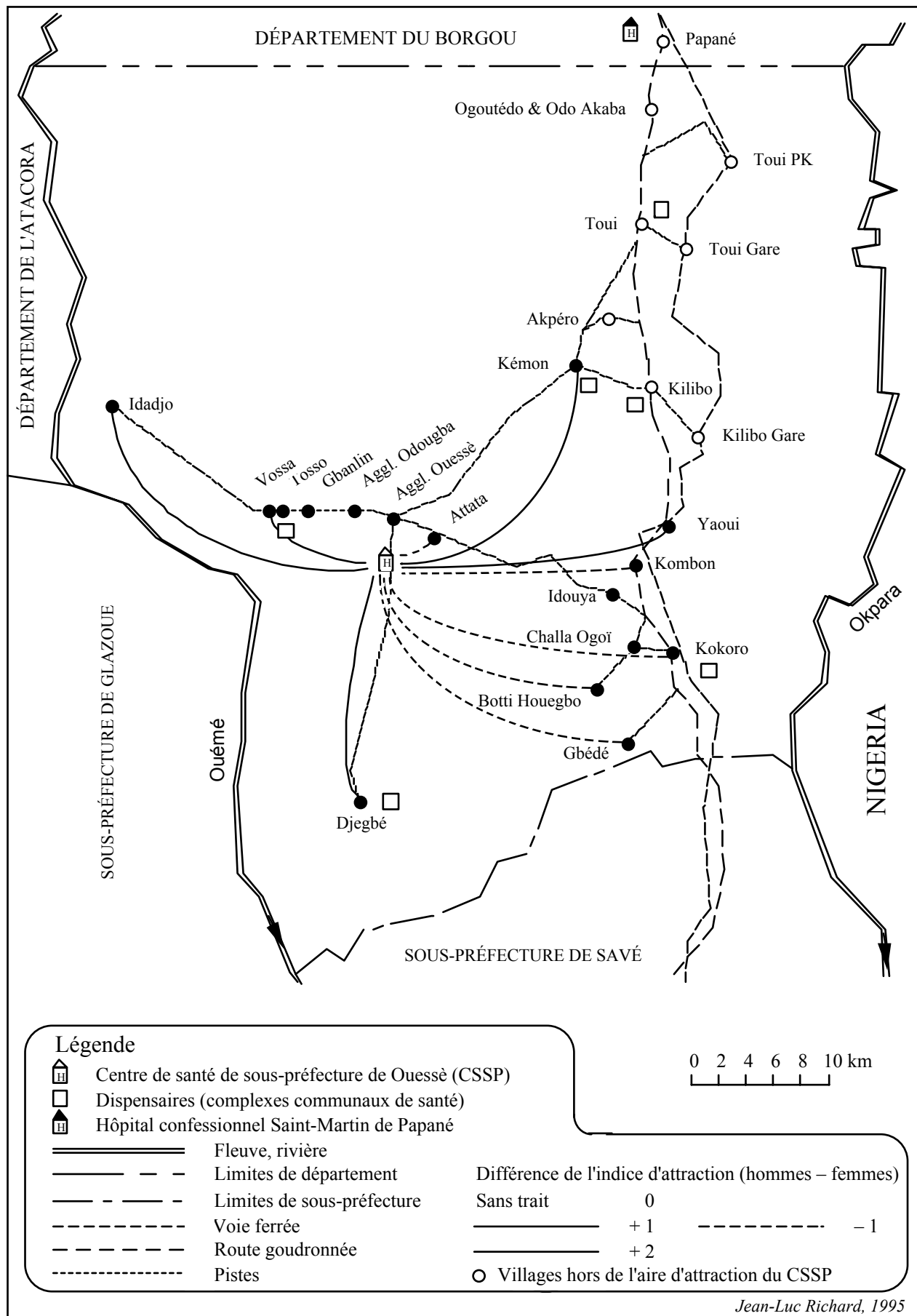


Figure 59

Différence d'attraction du CSSP de Ouessè sur les habitants des localités de la sous-préfecture selon le sexe, en 1994.

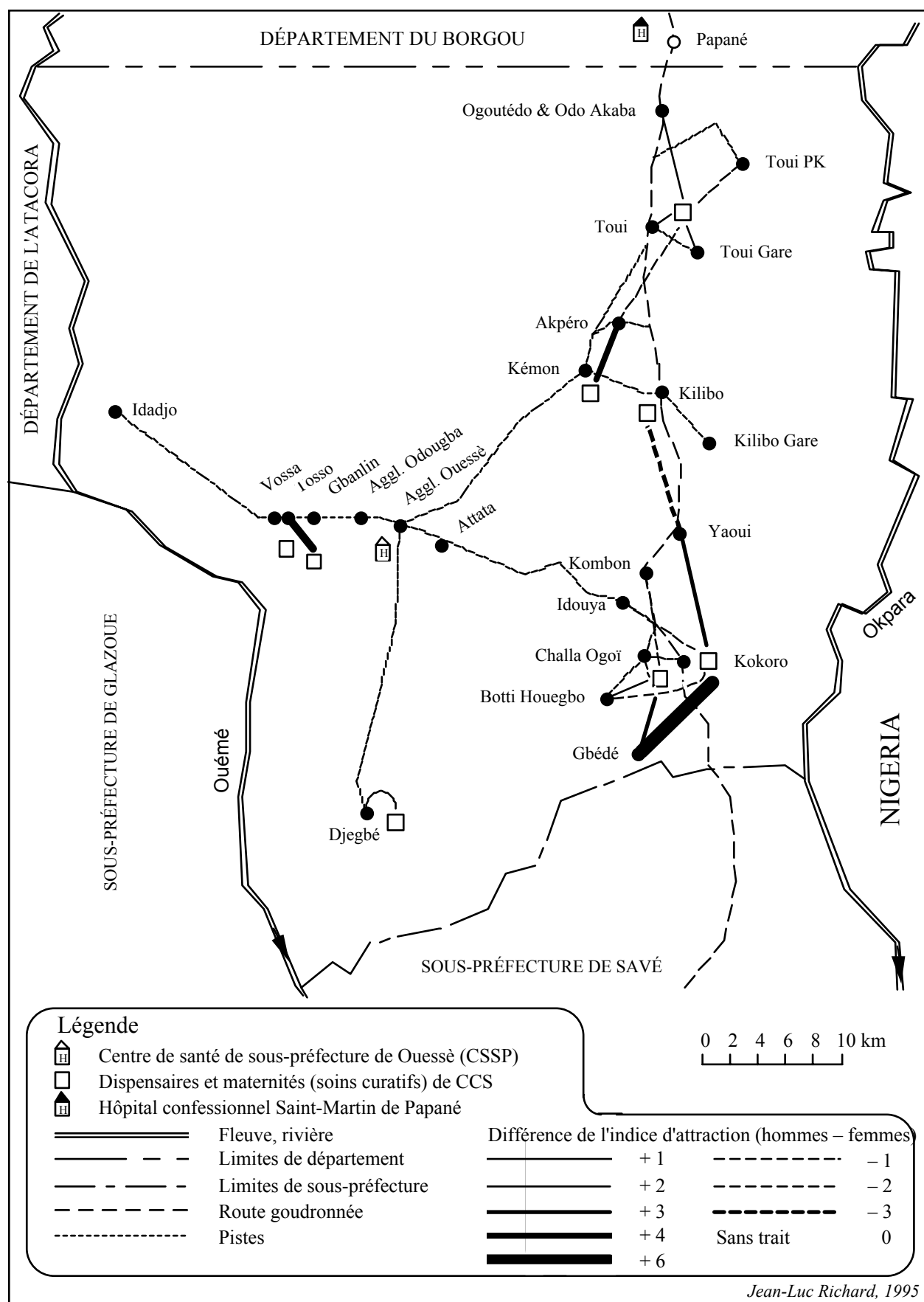


Figure 60

Différence d'attraction des CCS sur les habitants des localités de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe, en 1994 (sources: fichiers de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

n'enregistrent pas de différence d'attraction selon le sexe. L'attraction de la maternité de Challa Ogoï sur les patients de ce village et de Kombon est plus élevée pour les femmes que pour les hommes. L'inverse est vrai pour deux autres villages, mais le nombre de consultations qu'ils génèrent est très faible. Il est à relever qu'il n'existe pas de différence d'attraction selon le sexe pour les habitants de Challa Ogoï par rapport au dispensaire de Kokoro, ni de ceux de Kokoro par rapport aux soins curatifs de la maternité de Challa Ogoï. Nous aurions pu nous attendre à ce que les hommes de Kokoro restent dans leur dispensaire alors que leurs femmes aillent plutôt à la maternité de Challa Ogoï, de même qu'à une situation symétrique pour les habitants de Challa Ogoï¹.

Des trois villages de la commune de Kilibo, seul le plus éloigné du dispensaire du même nom enregistre un déséquilibre sexuel dans l'attraction qui s'exerce sur ses habitants. Les femmes de Yaoui sont, peut-être à cause du marché de Kilibo qu'elles fréquentent régulièrement, bien plus attirées que les hommes par ce dispensaire. La situation est l'inverse pour Akpéro, au regard du CCS de Kémon. Il semblerait donc que les hommes d'Akpéro osent davantage que les femmes enfreindre la consigne de boycotter leur CCS (cf. partie IV, chap. 2b).

Par rapport à leurs femmes, les hommes de Toui et de Toui Gare sont davantage attirés par le dispensaire de Toui. Il en va de même pour Ogoutédo, mais pas pour Toui PK. Mais les résultats ne sont guère significatifs pour ces deux villages, dont la quasi totalité des malades se dirigent plutôt vers l'hôpital Saint-Martin.

Il est bien difficile de tirer une règle générale rendant compte des différences spatiales observées selon le sexe dans l'extension des aires d'attraction des CCS et dans l'intensité de cette dernière. Il apparaît toutefois que cette attraction est généralement équilibrée pour les villages qui abritent un dispensaire. Elle tend ensuite à s'exercer davantage sur les hommes que sur les femmes avec l'augmentation de la distance. Il en résulte que les femmes de certains villages échappent pour ainsi dire à l'espace médical d'un dispensaire, alors que les hommes y sont inclus, quoiqu'avec une intensité modeste dans la plupart de ces cas. Cette situation se présente pour le village de Tosso, par rapport à la maternité de Gbanlin, pour Gbédé relativement à celle de Challa Ogoï et au dispensaire de Kokoro et pour Akpéro par rapport au CCS de Kémon. Ce n'est que pour le village de Yaoui qu'une situation inverse s'esquisse envers le CCS de Kilibo, avec un indice d'attraction de 7 (sur un maximum de 15) pour les femmes, contre seulement 4 pour les hommes. Dans trois cas, aussi bien les hommes que les femmes ne relèvent que très marginalement de l'espace médical de leur CCS officiel: Idadjo, Toui PK et Ogoutédo.

Effet de la distance sur les taux d'utilisation par sexe à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba

Nous avons vu que l'attraction globale du CSSP de Ouessè et de l'hôpital Saint-Martin de Papané est fort variable sur les différents villages composant les agglomérations de Ouessè et d'Odougba (cf. partie III, chap. 2b). Malgré les très faibles variations de distance à parcourir pour atteindre un service de santé, nous avons également observé que l'accessibilité – la localisation autant que la distance dans ce cas particulier – joue un rôle non négligeable dans la détermination des niveaux d'attraction. D'autre part, nous venons de voir que le CSSP de Ouessè attire globalement un peu plus les hommes que les femmes et cela quelle que soit la distance entre cet hôpital et les localités. Au contraire, l'hôpital Saint-Martin attire globalement davantage les femmes, mais cet avantage féminin s'inverse au-delà d'une certaine distance. Qu'en est-il des variations d'attraction de ces deux hôpitaux, selon le sexe, à une échelle très

¹ L'indice d'attraction des femmes de Challa Ogoï pour la maternité de ce village est bien un peu supérieur à celui des hommes. Par contre, ces derniers n'ont pas un indice supérieur aux femmes pour le dispensaire de Kokoro.

fine? Les faibles variations de distance y jouent-elles un rôle différent selon le sexe? Ces éventuels écarts se creusent-ils avec le temps?

Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'analyse des seuls taux d'utilisation (plutôt que des indices d'attraction plus complexes) par sexe et par village des services de santé desservant les deux principales agglomérations de la sous-préfecture de Ouessè (cf. Tableau 70). Rappelons que pour les années 1992 et 1993, nous devons nous contenter des seuls chiffres du CSSP, l'hôpital Saint-Martin et les deux infirmiers privés d'alors n'indiquant pas la provenance de leurs patients.

Tableau 70 Taux d'utilisation selon le village et le sexe pour les agglomérations de Ouessè et d'Odougba (sources: registres et fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	CSSP de Ouessè						Hôp. St-Martin	
	1992		1993		1994		1994	
	H %	F %	H %	F %	H %	F %	H %	F %
Adougou	48	49	60	43	62	38	5	7
Ouessè	43	41	58	47	71	47	21	20
Zogba Gaou	27	19	19	13	25	24	3	6
Lakoko	22	20	22	23	42	36	3	1
Comm. de Ouessè	38	36	47	37	57	40	13	13
Gbémé	22	20	27	20	31	19	6	4
Laminou	16	13	17	17	18	14	8	13
Botti	16	12	21	19	21	17	6	5
Kpassa	15	14	25	15	21	17	3	4
Attannondoho	14	12	11	9	19	14	3	3
Comm. Laminou	16	14	20	17	21	16	6	7
Aggl. de Ouessè	25	22	31	25	35	25	9	10
Odougba	12	16	10	9	15	11	4	5
Zogba Trékou	5	4	7	4	13	8	7	6
Tchédjannagnon	11	9	8	9	6	10	6	6
Dokoundoho	20	20	23	17	25	22	1	0
N'gbéhouédo	8	8	8	6	15	10	6	2
Aggl. d'Odougba	10	11	10	8	15	11	4	4

Que ce soit à l'échelle des deux agglomérations ou à celle des trois communes, les taux d'utilisation du CSSP des hommes sont supérieurs à ceux des femmes de 1992 à 1994 (sauf pour l'agglomération d'Odougba en 1992; cf. Tableau 70). A ces deux échelles, l'écart entre hommes et femmes se creuse avec le temps. A l'échelle des trois communes, on n'observe pas d'influence claire de la distance sur les différences des taux d'utilisation selon le sexe. Ainsi, pour une année donnée, les rapports des taux masculins et féminins d'utilisation sont presque identiques pour les trois communes, bien qu'elles soient localisées à respectivement 1 kilomètre (Ouessè sans Attata), 2 kilomètres (Laminou) et 4 kilomètres (Odougba) du CSSP.

A l'échelle des villages composant ces deux agglomérations, les taux masculins d'utilisation du CSSP de Ouessè sont presque toujours supérieurs aux taux féminins. Cela est d'autant plus vrai en 1994 qu'en 1993 et en 1993 qu'en 1992. Ici encore, la distance au CSSP n'a pas une influence différente sur les taux masculins et féminins d'utilisation.

Pour chacune des trois communes, les taux masculins et féminins d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin sont identiques. La distance à cet hôpital (ou aux arrêts de taxis qui y conduisent) ne saurait donc jouer un rôle différent selon le sexe sur les taux d'utilisation de cet établissement. Deux éléments laissent déjà prévoir cette conclusion. Premièrement, ces deux agglomérations se trouvent précisément dans la plage de distances pour lesquelles les taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin selon le sexe s'équilibrent, avant de s'inverser (cf. Figure 55). Deuxièmement, ces agglomérations sont éloignées de l'hôpital confessionnel. De faibles variations absolues de distance se traduisent par des variations relatives infimes.

Si à l'échelle communale les taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin selon le sexe sont identiques, ils sont parfois fort différents les uns des autres à l'échelle villageoise, sans doute largement parce que les effectifs en jeu sont alors faibles. A cette échelle également, les différences sexuelles d'utilisation de l'hôpital confessionnel sont indépendantes de la distance.

Attraction des services de santé selon l'âge

Pour analyser l'extension de l'aire d'attraction des services de santé modernes et surtout l'intensité pour chaque localité de cette attraction sur les différentes classes d'âge, nous allons suivre la même démarche qu'utilisée ci-dessus pour le sexe.

Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'utilisation global par âge des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè

Quelle que soit l'année ou la région considérée, les bébés de moins d'un an sont les premiers utilisateurs relatifs des services de santé, suivis par les enfants de 1 à 4 ans, puis par les adultes et enfin par les enfants de 5 à 14 ans (cf. Figure 61). Les variations des taux d'utilisation en fonction de l'âge sont fort importantes. Ainsi, en moyenne sur les trois ans, le taux d'utilisation des bébés est de 114 %, soit plus d'une nouvelle consultation par bébé et par an, celui des enfants de 1 à 4 ans est de 40 %, celui des adultes de 34 % et celui des enfants de 5 à 14 ans de seulement 13 %, soit 8,8 fois moins que celui des bébés ou encore une nouvelle consultation par enfant de cet âge tous les 7 à 8 ans!

Le taux d'utilisation des services de santé en fonction de l'âge décrit donc une courbe en "U", avec une branche de droite tronquée, peut-être parce que nous n'avons pas pu distinguer différentes catégories d'âge parmi les adultes. Cette structure d'utilisation en fonction de l'âge est assez classique (voir par exemple BENYOUSSEF et WESSEN, (1974), pour la Tunisie). Elle correspond à l'évolution universelle des besoins en fonction de l'âge. Bien que ces taux d'utilisation soient, à tous les âges, assurément trop faibles par rapport aux besoins de santé réels de la population, ce constat d'un niveau d'utilisation approximativement proportionnel aux besoins de chaque catégorie d'âge est réjouissant. Cette proportionnalité grossière n'implique cependant pas que la part des besoins effectivement couverte par les services de santé modernes soit absolument constante avec l'âge. A cet égard, la différence des taux d'utilisation des enfants de moins d'un an et de ceux de 1 à 4 ans paraît énorme. Nous verrons d'ailleurs plus loin, au moyen d'une enquête domiciliaire, qu'en cas de maladie les très jeunes enfants ont une probabilité de consulter supérieure à celle des malades de 5 ans et plus (cf. partie V, chap. 2a). Si disparité d'utilisation par rapport aux besoins il y a, elle ne s'exerce donc pas aux dépens de la catégorie a priori la plus fragile: les bébés de moins d'un an. Cela est d'autant plus

remarquable que plusieurs études menées dans les pays en voie de développement relèvent un accès aux soins plus limité pour les jeunes enfants que pour les adultes (STOCK, 1983).

Les données d'incidence diagnostiquées par pathologie pour l'ensemble du pays en 1993, (patients ambulatoires et hospitalisés confondus) concordent avec la surutilisation relative des jeunes enfants relevée dans la sous-préfecture de Ouessè (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994). Les maladies globalement les plus fréquemment diagnostiquées se caractérisent en effet toutes à l'échelle nationale par une forte surreprésentation des jeunes enfants et une sous-représentation des adultes et plus encore des enfants de 5 à 14 ans. C'est le cas du paludisme, qui a une incidence diagnostiquée moyenne de 78 ‰, mais de 248 ‰ pour les enfants de moins d'un an, de 111 ‰ pour les enfants de 1 à 4 ans et de seulement 63 ‰ pour les personnes de 5 ans et plus. C'est aussi le cas des infections respiratoires aiguës, dont l'incidence diagnostiquée moyenne est de 39 ‰, mais de 202 ‰ pour les enfants de moins d'un an, de 66 ‰ pour les enfants de 1 à 4 ans et de seulement 25 ‰ pour les personnes de 5 ans et plus. C'est encore le cas des maladies diarrhéiques dont l'incidence diagnostiquée moyenne est de 21 ‰, mais de 132 ‰ pour les enfants de moins d'un an, de 35 ‰ pour les enfants de 1 à 4 ans et de 14 ‰ pour les 5 ans et plus.

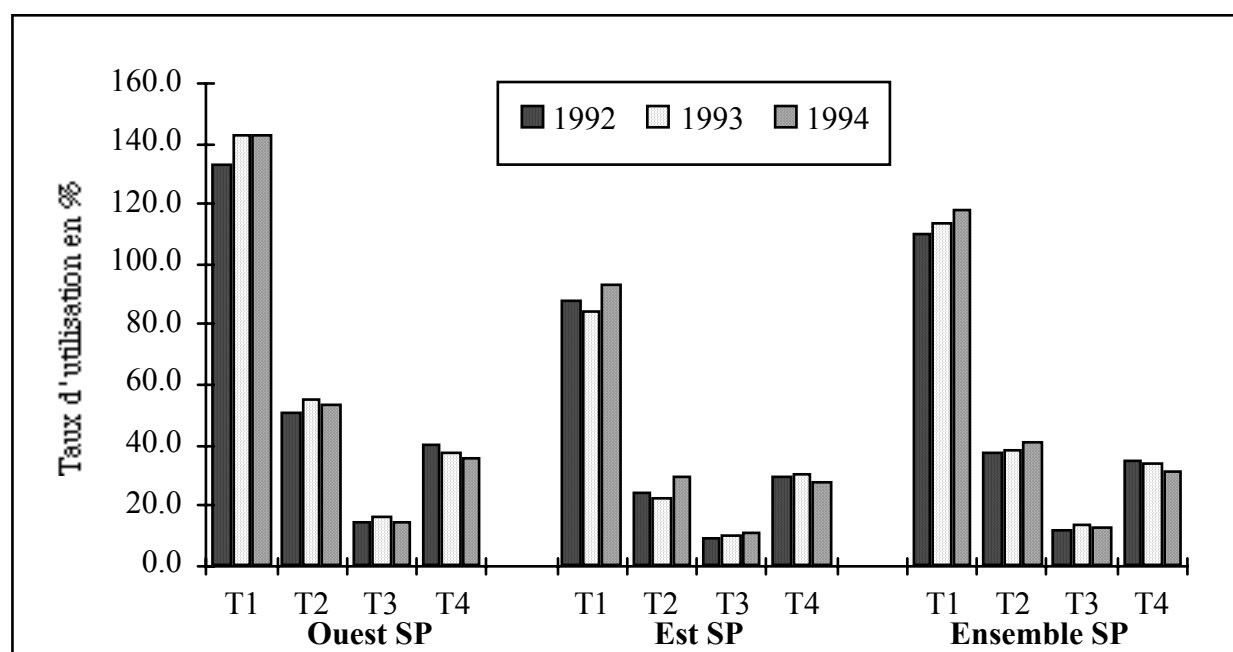


Figure 61 Evolution de 1992 à 1994 du taux global d'utilisation par âge de tous les services de santé modernes pour l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (sources: registres et fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Légende: T1: total des enfants de moins d'un an;
T2: total des enfants de 1 à 4 ans;
T3: total des enfants de 5 à 14 ans;
T4: total des adultes de 15 ans et plus.

Pour chaque catégorie d'âge et pour chacune des trois années, les taux d'utilisation globaux par âge des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè sont plus élevés à l'Ouest qu'à l'Est (en moyenne sur les trois ans 140 ‰, 53 ‰, 15 ‰ et 38 ‰ pour l'Ouest contre respectivement 89 ‰, 26 ‰, 10 ‰ et 30 ‰ pour l'Est; cf. Figure 61). Ces écarts entre les deux régions sont variables d'une classe d'âge à l'autre, tout en restant assez constants au cours du temps pour chacune d'entre elles. Ainsi, les adultes de l'Ouest consultent environ 1,3 fois

plus souvent que ceux de l'Est, les enfants de 5 à 14 ans 1,5 fois, les bébés 1,6 fois et les enfants de 1 à 4 ans 2 fois. La comparaison des taux d'utilisation des deux moitiés de la sous-préfecture débouche donc sur le constat d'une sous-utilisation relative des services de santé par les habitants de l'Est, tout particulièrement pour les enfants. En termes de sous-utilisation, les enfants de l'est de la sous-préfecture constituent donc à la fois un groupe à risque relatif (par rapport à une autre population comparable) et absolu (par rapport aux besoins réels).

Les variations annuelles des taux d'utilisation selon l'âge et la région sont faibles et assez irrégulières dans l'ensemble. En comparant les taux de 1994 à ceux de 1992, il est toutefois possible de dégager une tendance. Elle se caractérise pour l'ensemble de la sous-préfecture par une légère augmentation des taux d'utilisation des trois catégories d'enfants (de respectivement 7 %, 9 % et 4 %), accroissement compensé, puisque le nombre total de consultations n'a guère varié entre 1992 et 1994, par une baisse de 9 % chez les adultes. Lorsque l'on compare l'est et l'ouest de la sous-préfecture, la tendance est la même, si ce n'est un léger recul (- 2 %) pour les enfants de 5 à 14 ans de l'Ouest, catégorie d'âge qui fréquente déjà nettement moins que les autres. Hormis pour les bébés, nous assistons cependant à un lent rattrapage de l'Est sur l'Ouest. Mais l'équilibre est encore très loin d'être atteint.

Evolution entre 1992 et 1994 des taux d'utilisation par âge et service de santé moderne

Ce schéma général d'utilisation des services de santé selon la catégorie d'âge connaît-il d'importantes variations d'un service de santé à l'autre? Les différences observées entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture le suggèrent déjà. Tout comme pour le sexe, il nous paraît également intéressant de vérifier l'hypothèse selon laquelle il existe un lien entre le niveau hiérarchique du service choisi et l'âge du patient. Selon cette hypothèse, les enfants seraient surtout dirigés vers les niveaux hiérarchiques les plus bas – les dispensaires –, alors que les adultes seraient surreprésentés dans le service de référence régionale – l'hôpital Saint-Martin de Papané –, le CSSP occupant une position intermédiaire. L'ouverture de deux maternités aux soins curatifs dès 1994 sera aussi l'occasion de vérifier si ce type de services attirent une clientèle dont la structure par âge est conforme à la moyenne ou, au contraire, déséquilibrée en faveur des jeunes enfants. Enfin, l'évolution sur trois ans permettra de voir si certains événements ont eu un impact sur la fréquentation en fonction de l'âge des patients.

Contrairement à tous les autres services de santé, l'hôpital Saint-Martin se caractérise par un taux d'utilisation des adultes relativement élevé par rapport à celui des enfants (cf. Figure 62). C'est le seul établissement dans lequel les adultes fréquentent proportionnellement non seulement plus que les enfants de 5 à 14 ans, ce qui est la règle générale, mais encore plus que les enfants de 1 à 4 ans. Bien que ce constat soit valable à la fois pour les patients venant de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, la friction de la distance s'y fait sentir différemment selon l'âge. Les bébés de moins d'un an de l'Est ont un taux d'utilisation moyen sur trois ans 3,3 fois plus élevé que celui des bébés de l'Ouest. Ce rapport est de 1,8 pour les enfants de 1 à 4 ans, de 2,7 pour ceux de 5 à 14 ans et de 2 pour les adultes.

Il est intéressant de relever que si le rapport "taux d'utilisation des bébés / taux d'utilisation des adultes" est constant (2,8) pour l'Est entre 1992 et 1994, il augmente par contre continuellement pour les patients de l'Ouest, passant de 1,1 à 1,8 puis 1,9. La même tendance est observable pour les enfants de l'Est et surtout de l'Ouest de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans entre 1992 et 1993, avec une stabilisation en 1994. Tout se passe comme si en 1993 les parents de l'Ouest, dont le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin augmente de 56 % cette année là par rapport à la précédente, découvrent que cet hôpital peut également répondre aux besoins de leurs enfants, qui n'utilisaient jusqu'alors que très peu cet établissement. Il en résulta une croissance fulgurante en 1993 des taux d'utilisation des trois catégories d'enfants, de respectivement

153 %, 139 % et 131 %. Toutes les catégories d'âge des patients de l'Est ont également connu un accroissement des taux d'utilisation entre 1992 et 1993, nettement plus modeste il est vrai. Cette augmentation a là aussi été plus importante pour les enfants que pour les adultes. En 1994, la baisse généralisée de fréquentation qu'a enregistré l'hôpital Saint-Martin frappe de façon presque similaire les quatre catégories d'âge des patients de l'Ouest (de - 29 % à - 39 %). Le constat est d'ailleurs le même pour les patients de l'Est, avec toutefois un recul un peu plus important (de - 42 % à - 46 %).

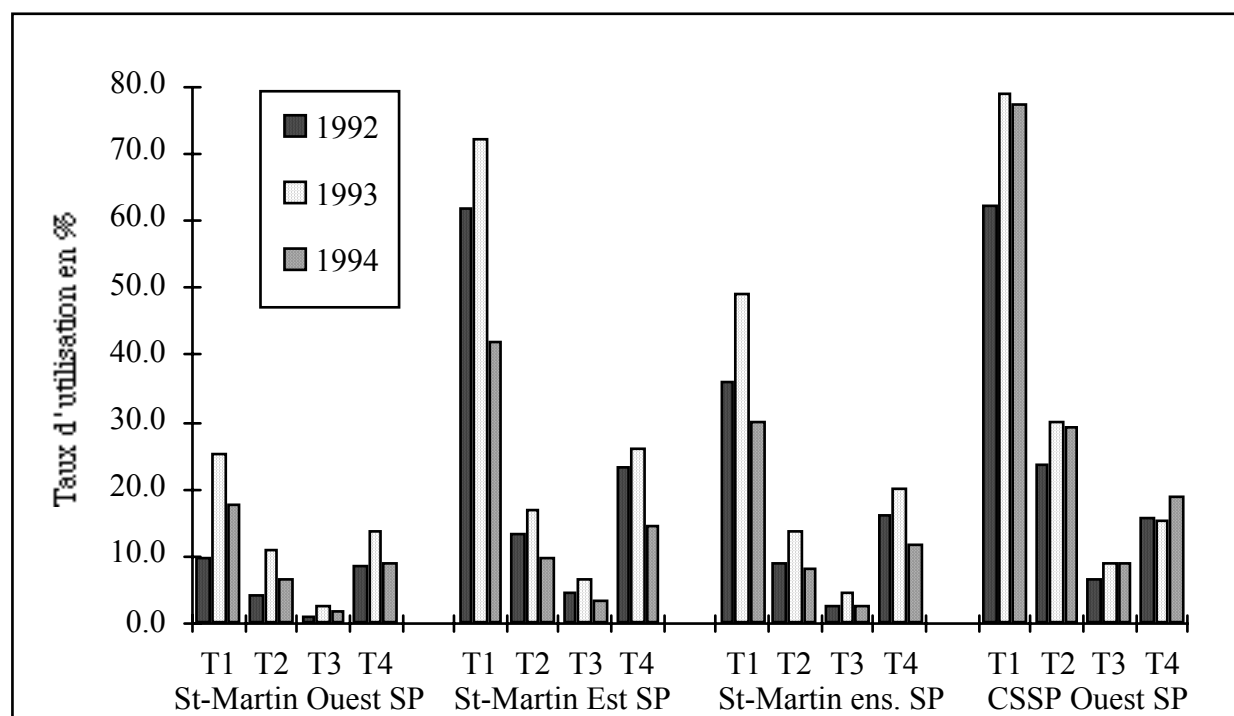


Figure 62 Evolution de 1992 à 1994 des taux d'utilisation par âge et provenance par région de l'hôpital Saint-Martin de Papané et du CSSP de Ouessè (sources: registres et fichier de patients, recensement de la population de 1992 réactualisé).

Légende: T1: total des enfants de moins d'un an;
T2: total des enfants de 1 à 4 ans;
T3: total des enfants de 5 à 14 ans;
T4: total des adultes de 15 ans et plus.

En fin de compte, l'évolution entre 1992 et 1994 se solde pour les patients de l'ouest de la sous-préfecture par un bilan contrasté: quasi stagnation du taux d'utilisation pour les adultes (+ 4,5 %) et forte augmentation pour les enfants (+ 46 % pour les enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 14 ans, et surtout + 79 % pour les bébés). La position des enfants sort donc renforcée, tant par rapport aux adultes que de façon absolue, malgré l'augmentation des prix et la longueur du trajet. Il convient toutefois de garder à l'esprit que les taux d'utilisation restent néanmoins très bas. Toute autre est la situation pour les patients de l'Est. Leur position s'est dégradée pour les quatre catégories d'âge entre 1992 et 1994. Comme cette baisse est un peu plus importante pour les adultes (- 37 %) que pour les enfants (respectivement - 32 %, - 27 % et - 23 %), les taux d'utilisation des enfants se sont légèrement améliorés par rapport à ceux aux adultes. Cette évolution divergente entre l'Est et l'Ouest des taux d'utilisation par âge se traduit par un rattrapage progressif – mais incomplet – des taux de l'Est par ceux de l'Ouest. De plus, l'écart entre ces deux régions se réduit plus rapidement pour les enfants que pour les adultes.

En trois ans, la position de l'ensemble des enfants de la sous-préfecture s'est donc améliorée par rapport à celle des adultes. Mais il ne faut pas oublier qu'en 1992, tout particulièrement pour l'Ouest, les taux d'utilisation des adultes à l'hôpital Saint-Martin étaient élevés par rapport à ceux des enfants, si on les compare à ceux des autres services de santé. Cela reste le cas en 1994, malgré le rééquilibrage partiel que nous venons d'évoquer. Dans les faits, cela se traduit en chiffres absolus par une fréquentation des adultes, qui représentent à eux seuls une bonne moitié de la population, bien supérieure à celle de tous les enfants réunis. Ainsi en 1992, les enfants de l'ensemble de la sous-préfecture ont effectué 2'000 consultations à l'hôpital confessionnel, contre 4'200 pour les adultes. Nous nous souvenons de notre grand étonnement lorsque nous avons pour la première fois visité les salles de consultation et surtout d'hospitalisation de cet établissement en été 1992. Il nous avait alors semblé que les enfants étaient quasi absents. Cela nous a paru d'autant plus singulier qu'un premier contact avec le CSSP de Ouessè venait de nous laisser l'impression inverse. D'une manière moins subjective, qu'en est-il exactement de la situation dans cet hôpital public?

Bien que tous marginaux, les taux d'utilisation selon l'âge des patients du CSSP venant de l'Est suivent presque le modèle général. Ils sont respectivement de 1 %, 0,3 %, 0,1 % et 0,5 %. Comme à l'hôpital de Saint-Martin de Papané, les adultes y arrivent donc en deuxième plutôt qu'en troisième position. Sans doute que les contraintes liées à la distance expliquent cette inversion, tout comme le faible écart entre le taux d'utilisation des bébés et celui des adultes (seulement 2 fois plus important, contre 4,3 pour les patients de l'Ouest).

Les taux d'utilisation du CSSP sont nettement plus importants pour les patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture. En moyenne sur trois ans, ces taux sont respectivement de 73 %, 28 %, 8 % et 17 % pour les quatre catégories d'âge. Les bébés fréquentent donc proportionnellement 4,3 fois plus le CSSP que les adultes, et les enfants de 1 à 4 ans 1,7 fois plus. Par contre, les adultes sont proportionnellement 2 fois plus nombreux que les enfants de 5 à 14 ans. Entre 1992 et 1993, les taux d'utilisation des trois catégories d'enfants de l'Ouest ont sensiblement augmentés au CSSP (+ 26 % à + 32 %), alors que celui des adultes stagnait. Il est frappant de constater que la très forte augmentation des taux d'utilisation pour les enfants à l'hôpital Saint-Martin évoquée ci-dessus ne s'est pas faite au détriment du CSSP, bien au contraire. L'évolution inverse s'est par contre produite entre 1993 et 1994: les taux d'utilisation des enfants stagnent, alors que celui des adultes progresse de 20 %. Ainsi, parmi tous les patients de l'Ouest qui ont déserté l'hôpital Saint-Martin suite à la dévaluation de janvier 1994, seuls les adultes semblent s'être rabattus sur le CSSP, qui n'a pas augmenté ses prix. Pour ce dernier, l'évolution sur trois ans des taux de fréquentation reste toutefois plus favorable aux enfants (de + 24 % à + 34 %) qu'aux adultes (+ 19 %), comme nous l'avons déjà constaté pour l'hôpital confessionnel.

Si l'on compare maintenant les taux d'utilisation selon l'âge pour les patients de l'Ouest au CSSP et à l'hôpital Saint-Martin, nous constatons que les adultes se dirigent nettement plus que les enfants vers l'hôpital confessionnel, situé beaucoup plus loin. En 1994 par exemple, les adultes utilisent seulement deux fois plus le CSSP que l'hôpital Saint-Martin, alors que les rapports sont de respectivement 4,3, 4,4 et 4,8 pour les trois catégories d'enfants. On peut donc en déduire que la friction de la distance est en moyenne plus de deux fois plus importante sur les enfants que sur les adultes, dès lors qu'il s'agit de quitter l'ouest de la sous-préfecture pour se rendre à l'hôpital Saint-Martin. Il est encore à relever qu'avec la forte augmentation du taux de fréquentation des adultes de l'Ouest à l'hôpital confessionnel et la stagnation correspondante au CSSP en 1993, les adultes sont presque aussi nombreux à fréquenter le premier établissement que le second. Les femmes adultes y sont même sensiblement plus nombreuses. C'est dire l'attrait de l'hôpital Saint-Martin, pourtant situé 45 kilomètres plus loin que le CSSP pour les

habitants de l'Ouest. De 1992 à 1994, ce sera pourtant la seule fois qu'une catégorie démographique d'utilisateurs de l'Ouest y sera plus présente qu'au CSSP.

Nous ne disposons de séries chronologiques sur trois ans des taux d'utilisation des dispensaires par âge que pour ceux de Tosso, Kokoro, Kilibo et Toui (cf. Figure 63). La fréquentation du dispensaire de Djegbé était tellement faible en 1992 et 1993 que nous avons renoncé à y distinguer des classes démographiques. Comme la situation ne s'améliorait guère, nous l'avons tout de même fait en 1994, mais avec une pertinence limitée des résultats. Il s'agissait au moins de dégager une tendance. Le dispensaire de Kémon n'a ouvert ses portes qu'à l'automne 1992 et nous avons malheureusement négligé d'y étudier le profil démographique de ses utilisateurs pour sa première année d'activité. Les maternités de Challa Ogoï et de Gbanlin ne se sont ouvertes aux activités curatives qu'en 1994.

Hormis à Tosso, les taux d'utilisation par âge restent très faibles dans les dispensaires. Cependant, la structure par âge des taux d'utilisation y est la même qu'au CSSP de Ouessè: les bébés fréquentent le plus, suivis de très loin par les enfants de 1 à 4 ans, puis par les adultes et enfin, avec des taux extrêmement faibles, par les enfants de 5 à 14 ans. Les variations annuelles, parfois importantes, n'ont en rien altéré ce schéma général. En moyenne sur trois ans pour les quatre dispensaires les plus anciens, les bébés sont proportionnellement 3,6 fois plus nombreux que les adultes, alors que ce rapport n'est déjà plus que de 1,5 entre les enfants de 1 à 4 ans et les adultes. Ces derniers sont par contre proportionnellement 1,7 fois plus nombreux que les enfants de 5 à 14 ans.

Comme toujours, ces moyennes cachent des variations assez importantes d'un dispensaire et d'une année à l'autre, sans jamais toutefois que le schéma général d'utilisation en fonction de l'âge ne soit modifié. Par exemple, les bébés ne sont proportionnellement "que" 2,9 fois plus nombreux que les adultes au dispensaire de Kilibo, en moyenne sur trois ans, contre 4,1 fois au dispensaire de Kokoro. De même, ce rapport passe de 2 en 1992 à 2,5 en 1993 et à 3,4 en 1994 au dispensaire de Kilibo. Ce qui signifie que l'augmentation constante de fréquentation dans ce dispensaire profite plus aux bébés qu'aux adultes. Le constat y est d'ailleurs le même pour les deux autres catégories d'enfants.

De même, entre 1992 et 1993, l'augmentation des taux d'utilisation du dispensaire de Tosso est d'autant plus forte que les patients sont jeunes. Les adultes y régressent même de presque 10 %, alors que les enfants de 5 à 14 ans stagnent. Entre 1993 et 1994, la tendance y est presque la même: les enfants de 0 à 4 ans continuent à progresser, alors que les patients de 5 ans et plus reculent. L'évolution entre 1992 et 1994 est donc claire: forte augmentation du taux d'utilisation des bébés de 0 à 1 an (+ 85 %), progression pour les enfants de 1 à 4 ans (+ 19 %), mais diminution pour les enfants de 5 à 14 ans (– 25 %) et pour les adultes (– 14 %). Les taux d'utilisation de ces deux dernières catégories étaient pourtant déjà les plus bas en 1992, et de loin. Le dispensaire de Tosso se profile donc de plus en plus comme un service de santé destiné prioritairement aux jeunes enfants.

L'évolution des taux d'utilisation selon l'âge dans les trois dispensaires de l'Est présente une certaine similitude, surtout entre 1993 et 1994, période durant laquelle s'est clairement répercuté sur ces dispensaires le contrecoup de la baisse d'attraction de l'hôpital Saint-Martin. Tout d'abord, entre 1992 et 1993, les taux d'utilisation du dispensaire de Kokoro ont sensiblement baissé pour les enfants de moins de 5 ans, alors qu'ils stagnaient pour les patients de 5 ans et plus. Plus proches de l'hôpital Saint-Martin et tous deux dépourvus d'infirmiers en 1993, les dispensaires de Kilibo et de Toui ont connu, paradoxalement, une évolution diamétralement opposée entre 1992 et 1993. A Kilibo, les taux d'utilisation ont nettement

augmenté¹, quel que soit l'âge, mais beaucoup plus fortement pour les enfants que les adultes. Le dispensaire de Toui, au contraire, a enregistré une très forte diminution des taux de consultation pour tous les âges (– 80 % par exemple pour les bébés), mais plus forte encore pour les enfants de moins de 5 ans que pour les adultes.

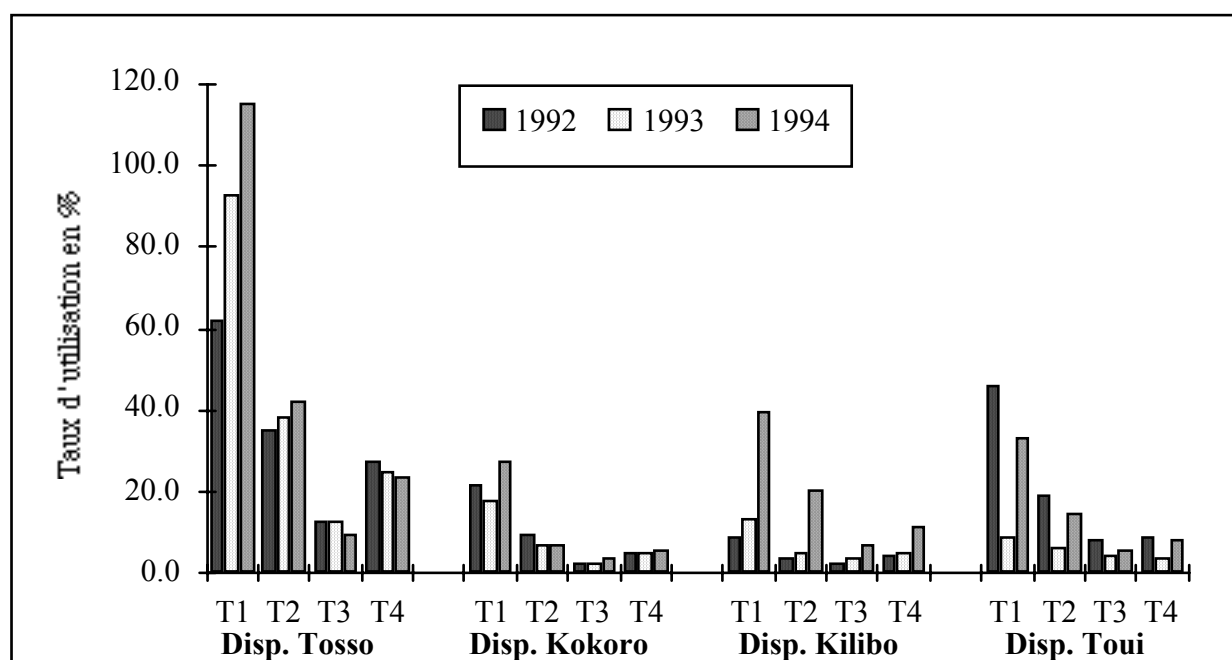


Figure 63 Evolution des taux d'utilisation par âge des dispensaires, de 1992 à 1994 (sources: registres de santé et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Légende: T1: total des enfants de moins d'un an;
T2: total des enfants de 1 à 4 ans;
T3: total des enfants de 5 à 14 ans;
T4: total des adultes de 15 ans et plus.

L'affectation d'infirmiers à Toui et Kilibo en 1994 et l'augmentation des prix à l'hôpital confessionnel entraîna une forte, et même souvent très forte, augmentation des taux d'utilisation pour toutes les classes d'âge et dans les trois dispensaires de l'Est. Les principaux bénéficiaires en furent les bébés, puis les enfants de 1 à 4 ans, puis les adultes et enfin les enfants de 5 à 14 ans, soit exactement l'ordre décroissant des taux d'utilisation selon l'âge. Il en résulte donc un renforcement de l'écart d'utilisation entre les âges. L'évolution sur trois ans débouche pour Kokoro et surtout Kilibo sur la même conclusion que pour l'hôpital Saint-Martin, le CSSP de Ouessè ou le dispensaire de Tosso: l'augmentation de la part relative des enfants par rapport aux adultes. Pour le dispensaire de Toui, la part relative des enfants s'est par contre amenuisée sur trois ans. Alors que la diminution généralisée des taux d'utilisation dans ce dispensaire en 1993 est rattrapée pour les adultes en 1994, ce n'est pas le cas pour les enfants. Ces derniers y ont le plus fortement subi le contrecoup, à la baisse puis à la hausse, des modifications survenues en 1993 et en 1994 à l'hôpital Saint-Martin.

¹ Cette forte progression, alors que la qualité de l'offre s'est dégradée, en théorie du moins, reste inexplicable. C'est en effet l'aide-soignant qui a remplacé l'infirmier (bien que ce dernier l'aidait occasionnellement puisqu'il était resté en retraite à Kilibo, son village d'origine). Cette situation laissait aussi le médecin-chef perplexe, au point qu'il suggéra que l'aide-soignant "embellissait" ses rapports d'activité. Tel n'était pourtant pas le cas. Nous avons en effet épluché systématiquement les registres de santé du dispensaire de Kilibo, d'autant plus difficiles à trafiquer que chaque consultation se traduit par une cession de médicaments et une recette, et y avons aussi constaté une forte hausse du nombre de visites. La personnalité de l'ancien infirmier était-elle en cause? Nous ne le pensons pas. Être issu du village même constitue plutôt un atout (pas dans tous les cas!) et le fait qu'il fût resté à Kilibo à sa retraite semble attester qu'il n'ait pas de problèmes relationnel avec la population.

Servant à la fois de dispensaire et de maternité, le CCS de Kémon a connu un essor réjouissant depuis son ouverture à la fin 1992. En 1994, son taux d'utilisation atteint celui du dispensaire de Tosso, de loin le mieux fréquenté jusqu'alors. Les taux d'utilisation des enfants de moins de 5 ans y sont alors inférieurs à ceux de Tosso, tandis que l'on observe de peu l'inverse pour les patients de plus de 5 ans. En 1994, le CCS de Kémon est le seul service de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè dont le taux d'utilisation pour les enfants de 5 à 14 ans dépasse les 10 %.

Autre service de santé de base "mixte", le CCS de Djegbé, ouvert un an avant celui de Kémon, n'a jamais pu prendre son envol. La rare clientèle y est beaucoup plus enfantine qu'au CCS de Kémon, ce qu'il faut plutôt interpréter comme le signe d'une certaine dévalorisation d'un service de santé, comme nous le verrons bientôt. Même les enfants de 5 à 14 ans y sont proportionnellement plus nombreux que les adultes. Une telle situation n'existe qu'au poste de secours de Laminou.

La première année après l'ouverture aux soins curatifs (fin 1993), la maternité de Challa Ogoï enregistra des taux d'utilisation par âge (25,7 %, 8,6 %, 1,4 % et 3,9 %) similaires à ceux du CCS de Djegbé et un peu inférieur à ceux du dispensaire correspondant de Kokoro. Ces taux sont par contre nettement plus élevés (59,3 %, 21,4 %, 4,5 % et 8,3 %) à la maternité de Gbanlin qui s'est pourtant ouverte aux soins curatifs en même temps que celle de Challa Ogoï. Une telle différence pourrait tenir à la plus grande dispersion de la population autour de Challa Ogoï que de Gbanlin. Cette hypothèse ne tient pas. En effet, lorsque l'on annule la friction de la distance en ne considérant que la population des villages abritant les deux maternités, on obtient toujours des taux d'utilisation deux à trois fois plus élevés, selon l'âge, à la maternité de Gbanlin. Les deux dispensaires correspondant à ces deux maternités enregistrent d'ailleurs aussi des taux forts différents.

Les maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï et les CCS de Djegbé et de Kémon, quatre services de santé tenus par des infirmières, dispensent à la fois des soins maternels et infantiles et des soins curatifs. Nous avons déjà observé que le sexe de l'agent de santé ne joue en définitive guère de rôle dans le choix d'un service de santé, même pour les adultes. On peut maintenant se demander si la vocation première, et unique jusqu'à fin 1993, des maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï, les soins maternels et infantiles, n'y attirent pas encore plus d'enfants que d'adultes, comparativement aux autres dispensaires. Cette hypothèse reste pertinente pour les deux CCS où maternité et dispensaire ne font qu'un. Il se peut en effet que les mères, qui ont fréquenté, souvent assidûment, la consultation prénatale de leur maternité, qui y ont accouché, qui y ont effectué (ou le plus fréquemment devraient avoir effectué!) deux consultations post-natales avec leurs enfants, puis un suivi de croissance de ces derniers, soient plus enclines à y emmener leurs jeunes enfants qu'au dispensaire tenu par un infirmier. Il s'agit en effet pour elles d'un lieu familier, dont elles connaissent bien l'infirmière, et qu'elles ont généralement fréquenté plusieurs fois dans un passé récent. A l'inverse, pour Gbanlin et Challa Ogoï, il se peut que certains adultes rechignent à fréquenter un service de santé qui reste avant tout une maternité – donc destiné aux jeunes femmes et aux bébés –, ne serait-ce que par le nom du bâtiment et le sexe de l'agent de santé.

Cette hypothèse semble bien être vérifiée. En 1994, les bébés sont proportionnellement 3,6 fois plus nombreux que les adultes, pour l'ensemble des quatre dispensaires desservis par des infirmiers. Ce rapport moyen grimpe à 5,1 pour les quatre services de santé dirigés par une infirmière dispensant aussi des soins curatifs. Il est même de 6,85 en moyenne pour les deux maternités (mais de seulement 3,3 au CCS de Kémon). L'écart est à peine moindre pour les enfants de 1 à 4 ans, qui sont proportionnellement 1,55 fois plus nombreux que les adultes dans les quatre dispensaires, mais 2,05 fois plus nombreux dans les quatre "services féminins" (2,45

pour les deux maternités). Il n'y a par contre plus de différence entre ces deux groupes de services de santé pour les enfants de 5 à 14 ans comparés aux adultes.

Il semble donc bien avoir un certain décalage entre le nouveau statut officiel des deux maternités, mais aussi peut-être celui un peu bâtarde des CCS Kémon et de Djegbé, et l'image que s'en font les usagers potentiels. Il ne suffit donc pas de changer l'étiquette et une partie des prestations d'un service de santé pour que la population se conforme, immédiatement et sans distorsion, au nouvel usage souhaité pour celui-ci. Dans le cas des maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï, cette situation ne constitue pas un réel problème vu que, d'une part, la modification de l'offre était une extension de celle-ci, et que, d'autre part, c'est la population la moins mobile, les mères avec de jeunes enfants, qui en a le plus profité.

La structure d'utilisation par âge des services de santé privés (cf. Figure 64) ne diffère pas beaucoup de celle des autres services de santé. Les bébés y sont proportionnellement plus nombreux que les enfants de 1 à 4 ans, eux-mêmes plus nombreux que ceux de 5 à 14 ans, alors que les adultes se situent entre ces deux dernières catégories.

A y regarder de plus près, on constate tout de même que, comparativement aux autres services de santé de la sous-préfecture, la clinique privée de Laminou attire en 1992 beaucoup d'adultes. Les bébés de moins d'un an n'y sont en effet proportionnellement que 1,8 fois plus nombreux que les adultes. Ces derniers y sont même, cas unique exceptés l'hôpital Saint-Martin et l'UVS d'Attata, plus nombreux que les enfants de 1 à 4 ans. En fait, la structure par âge des utilisateurs de cet établissement est très proche de celle des usagers de l'hôpital confessionnel, et plus particulièrement de ses patients provenant de l'Ouest.

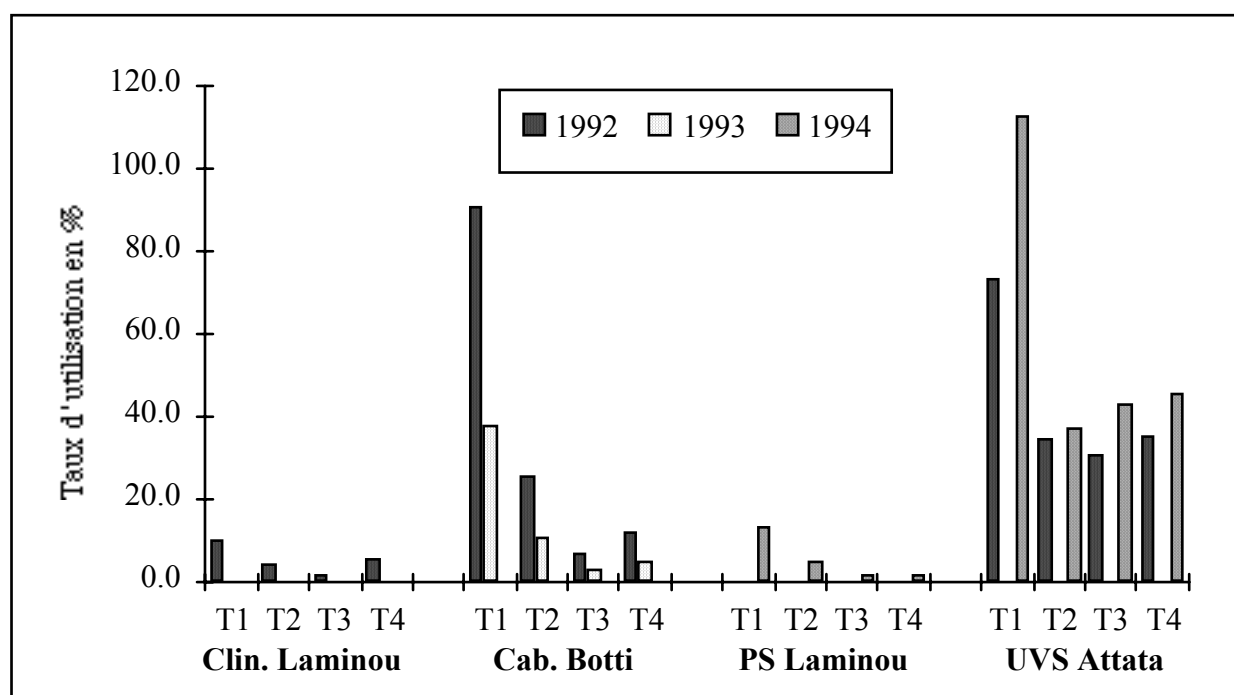


Figure 64 Evolution des taux d'utilisation par âge des principaux services de santé privés de la sous-préfecture de Ouessè et de l'UVS d'Attata, de 1992 à 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Légende:
 T1: total des enfants de moins d'un an;
 T2: total des enfants de 1 à 4 ans;
 T3: total des enfants de 5 à 14 ans;
 T4: total des adultes de 15 ans et plus.

La clientèle du cabinet de soins infirmiers de Botti se caractérise au contraire par la forte prépondérance des enfants. Le taux d'utilisation des bébés y est par exemple 7,6 fois plus élevé que celui des adultes, celui des enfants de 1 à 4 ans encore 2,1 fois. Nous avons là des proportions similaires à celles observées dans les deux maternités qui s'adonnent depuis peu aussi aux soins curatifs.

Le poste de secours de Laminou, tenu par deux aides-soignants formés à la clinique de Laminou, connaît une situation identique, mais encore plus marquée. Les bébés y sont proportionnellement presque 9 fois plus nombreux que les adultes, alors que les secouristes nous avaient affirmé qu'ils renvoyaient les enfants trop jeunes vers le CSSP, vu leurs compétences limitées. Les adultes y sont même un peu moins nombreux que les enfants de 5 à 14 ans, qui arrivent quasi partout en dernière position.

Outre des taux d'utilisation beaucoup plus élevés, l'UVS d'Attata ne connaît de loin pas d'aussi importants écarts entre les bébés et les adultes (seulement 2,3 fois moins nombreux en moyenne sur deux ans). En moyenne toujours, les taux d'utilisation des trois classes d'âge supérieures sont similaires, ce qui n'a d'équivalent dans aucun autre service de santé. Étonnamment, le rapport des bébés aux adultes rapproche fortement ce service, occupant la base de la pyramide sanitaire régionale, de l'hôpital Saint-Martin au sommet de la même pyramide. Par contre, l'importance relative des deux classes d'âge intermédiaires l'en distingue.

Après cette revue de la structure par âge des utilisateurs des différents services de santé de la sous-préfecture, il est maintenant possible de vérifier l'une de nos hypothèses de départ, à savoir que l'on utilise des services de santé d'autant plus élevés dans la hiérarchie sanitaire que l'on est plus âgé.

Pour ce faire, nous avons calculé le taux de dépendance de chaque catégorie d'âge envers chaque service de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè, pour la seule année 1994. Afin de percevoir un probable effet de la distance interférant avec celui de l'âge, nous avons distingué les patients venant de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture pour les deux hôpitaux, qui seuls ont une aire d'attraction englobant au moins partiellement ces deux régions.

Le Tableau 71 indique que le CSSP de Ouessè a effectué 32,5 % de toutes les consultations pratiquées en 1994 sur des enfants de moins d'un an dans la sous-préfecture de Ouessè. En comparaison, l'hôpital Saint-Martin n'en a effectué que 25,9 %. L'écart entre les deux établissements se creuse encore pour les enfants de 1 à 4 ans et ceux de 5 à 14 ans (respectivement 35,3 % et 37 % au CSSP, contre seulement 20,4 % et 21,3 % à l'hôpital Saint-Martin). La situation s'inverse par contre totalement pour les adultes. L'hôpital confessionnel a accaparé 38,3 % de toutes les consultations effectuées par les adultes de la sous-préfecture, contre seulement 29,4 % pour le CSSP. Il apparaît donc clairement que les enfants sont plus volontiers dirigés vers le CSSP que les adultes, alors que ces derniers choisissent plus souvent d'aller à l'hôpital Saint-Martin que leurs enfants¹. Pour les bébés, l'écart n'est cependant pas aussi important que pour les enfants plus âgés. Peut-être faut-il y voir la prise de conscience de l'extrême fragilité des bébés face à la maladie. Les parents sont alors davantage enclins à rechercher les soins jugés les plus efficaces. Appuyant cette hypothèse d'un statut particulier face à la maladie et aux soins attribué aux très jeunes enfants, plusieurs personnes nous ont affirmé qu'elles ne pratiquaient pas ou peu l'automédication pour leurs bébés car "on ne sait pas ce qu'il a... cette maladie est nouvelle pour lui, on ne sait pas comment il réagira... il n'a encore jamais eu cette maladie, on ne sait donc pas si c'est grave et on ne connaît pas le remède...".

Pour l'ensemble de la sous-préfecture, les dispensaires et maternités des CCS, ainsi que le poste de secours de Laminou ont assuré 41,6 % de toutes les consultations effectuées par des

¹ Ce qui n'empêche pas que, par exemple, le taux d'utilisation des bébés dans cet hôpital y soit supérieur à celui des adultes.

enfants de moins d'un an et de 5 à 14 ans, 44,3 % de celles des enfants de 1 à 4 ans, mais seulement 32,3 % de celles des adultes. En d'autres termes, alors que 68 % des adultes sont allés se faire soigner dans un service de santé de rang supérieur aux CCS, seuls 56 % à 58 % des enfants selon l'âge ont bénéficié du même privilège. Il est donc clair que les adultes cherchent davantage que les enfants – ou plus exactement que les parents de ceux-ci! – à fréquenter les services de santé les plus efficaces possible. L'écart important entre enfants et adultes au poste de secours de Laminou, service de santé de très bas niveau, est particulièrement éclairant à cet égard.

Tableau 71 Taux de dépendance par âge et provenance de la population envers les services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè pour des soins curatifs ambulatoires, en 1994 (sources: registres et fichier de patients et recensement national de la population de 1992 réactualisé).

	Enf. < 1 an	Enf. 1-4 ans	Enf. 5-14 ans	Adultes
Hôpital St-Martin, Ouest	12.8	12.8	12.7	26.6
Hôpital St-Martin, Est	45.4	33.9	34.7	52.5
H. St-Martin, ensemble SP	25.9	20.4	21.3	38.3
CSSP de Ouessè, Ouest	54.1	54.7	60.7	52.6
CSSP de Ouessè, Est	0.5	1.3	0.7	1.4
CSSP, ensemble SP	32.5	35.3	37.0	29.4
Tous CCS, ensemble SP	41.6	44.3	41.7	32.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Légende: Est = patients provenant de l'est de la sous-préfecture;
 Ouest = patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture;
 SP = sous-préfecture de Ouessè.

N. B. Ce tableau se lit ainsi: de toutes les nouvelles (et anciennes à l'hôpital Saint-Martin) consultations curatives ambulatoires effectuées par des enfants de moins d'un an habitant la sous-préfecture, 25,9 % ont eu lieu à l'hôpital Saint-Martin, 32,5 % au CSSP de Ouessè et 41,6 % dans un dispensaire ou une maternité de CCS (y compris le poste de secours de Laminou).

Cependant, cet important écart de la structure par âge des utilisateurs de l'ensemble des CCS et de ceux des deux hôpitaux est essentiellement générée par l'hôpital confessionnel. En effet, si l'on compare la structure par âge des CCS à celle du seul CSSP, les différences sont faibles, quoique conformes à notre hypothèse. Cela montre bien que le CSSP bénéficie, en termes de notoriété populaire, d'une position intermédiaire entre le dispensaire et l'hôpital Saint-Martin, mais sans doute plus proche du premier que du second. Dans une moindre mesure, les enfants de 5 à 14 ans habitant l'Ouest y contribuent aussi par une surutilisation relative du CSSP par rapport aux trois autres catégories d'âge. Les enfants de cette catégorie semblent encore trop jeunes pour choisir autant que les adultes l'hôpital Saint-Martin, mais trop âgés pour rester autant dans les dispensaires que leurs jeunes frères et sœurs.

En définitive, cette hypothèse d'une tendance à fréquenter des services de santé d'un niveau hiérarchique d'autant plus élevé que l'on est âgé est parfaitement vérifiée si l'on oppose l'ensemble des enfants aux adultes, avec toutefois assez peu de différence entre le CSSP et les CCS. Elle l'est moins si l'on individualise les trois classes d'enfants. De tous les enfants, ce ne sont en effet pas les grands enfants et adolescents dont le comportement de recherche de soins se rapproche le plus de celui des adultes, mais bien les enfants de moins d'un an. En fait, ce dernier constat résulte uniquement d'une importante surutilisation relative de l'hôpital Saint-Martin par les bébés habitant l'est de la sous-préfecture. Ce phénomène n'existe pas pour les bébés de

l'Ouest, sans doute en raison d'une friction de la distance supérieure, qui s'exerce tout particulièrement sur les jeunes enfants. La Figure 65 montre bien que la friction de la distance sur le taux de dépendance envers l'hôpital Saint-Martin est maximale pour les enfants de moins d'un an et minimale pour les adultes. Selon le modèle fourni par la fonction logarithmique, ce taux est, par exemple à 15 kilomètres, de 59,3 % pour les enfants de moins d'un an et ceux de 5 à 14 ans, contre 53,6 % pour les enfants de 1 à 4 ans et 70,2 % pour les adultes. A 45 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin, c'est-à-dire en gros pour l'agglomération de Ouessè et les villages les plus centraux de la commune de Challa Ogoï, ces taux ne sont plus que de 21,2 % pour les enfants de moins de 5 ans, de 24,9 % pour ceux de 5 à 14 ans et encore de 38,5 % pour les adultes.

Ce constat d'une attraction différenciée des services de santé selon leur niveau hiérarchique pour les différentes classes d'âge pose évidemment la question des causes d'un tel modèle d'utilisation. Les adultes, c'est-à-dire bien souvent les parents, seraient-ils égoïstes au point de rechercher pour eux seuls les meilleurs soins possibles? Cela est sans doute parfois vrai, tant nous avons connu quelques cas où les parents, ou tout au moins l'un des parents – entendez le père – se désintéressaient totalement du devenir de leur(s) enfant(s), malade(s) ou pas. Mais il serait un peu court d'expliquer ce schéma général d'utilisation à partir de cas somme toute marginaux.

Sans avoir besoin d'invoquer l'égoïsme parental, il faut bien reconnaître que visiter le CSSP plutôt qu'un dispensaire, ou l'hôpital Saint-Martin plutôt que le CSSP, implique bien souvent un coût supérieur (distance plus longue et donc déplacement plus pénible, plus cher, parfois plus compliqué à organiser, nécessitant d'y consacrer plus de temps, avec peu de souplesse dans les horaires du fait de la dépendance envers les taxis, sans parler du coût généralement plus élevé de la consultation et des médicaments). Ce surcoût n'est cependant guère différent, que le malade soit un adulte ou un enfant¹. Il ne faut donc probablement pas y voir la cause de l'utilisation différenciée des services de santé selon l'âge.

Nous pensons qu'il faut plutôt en rechercher la cause dans l'attitude générale face à la maladie et les actions thérapeutiques qui en découlent. La prédilection des enfants pour les services de bas niveau serait alors complémentaire à leur niveau d'utilisation élevé par rapport aux adultes. Nous avons en effet affaire à deux modèles comportementaux face à la maladie, selon que celle-ci frappe un jeune enfant ou un adulte.

Comme l'atteste notre enquête sur les déterminants des choix thérapeutiques (cf. partie IV, chap. 2a), une forte majorité d'adultes recourent à l'automédication comme première action thérapeutique. Seuls 22 % d'entre eux consultent en effet directement un spécialiste de la santé. Cette faible proportion s'explique évidemment en partie par des difficultés d'accès aux services de santé, mais surtout par une attitude générale face à la maladie. Une phrase revenait sans cesse dans la bouche de nos interlocuteurs: "Il faut d'abord lutter". Un grand enfant ou un adulte "connaît" la maladie qui le frappe, pour l'avoir éprouvée à plusieurs reprises par le passé. Il en connaît généralement aussi le pronostic et le traitement. Son expérience passée guidera l'action thérapeutique présente, le plus souvent vers l'automédication. Ce ne sera donc bien souvent que lorsque la maladie reste rebelle à ce traitement domestique, que le malade se résoudra à recourir à un spécialiste de la santé. Il en résulte, premièrement, que le taux d'utilisation des services de santé par les grands enfants et les adultes reste fort bas, alors que leurs besoins en soins de santé sont loin d'être négligeables, et, deuxièmement, que les cas de maladie qui parviennent jusqu'à un spécialiste de la santé sont relativement graves, puisque les premiers traitements,

¹ Un enfant sera forcément accompagné par un adulte, le plus souvent sa mère. Jusqu'à un certain âge, il voyagera gratuitement en taxi. Les adultes malades sont eux aussi parfois accompagnés, surtout lorsque la maladie est considérée comme grave et que le déplacement est long.

habituellement efficaces, ont échoué et que le malade a tardé à consulter. Cette gravité même l'incite alors à recourir à un service de santé de rang plus élevé.

Pour les jeunes enfants, particulièrement pour ceux n'atteignant pas un an, la démarche est souvent différente. Comme mentionné plus haut, de nombreux parents hésitent à pratiquer les thérapies familiales sur eux en raison de leur vulnérabilité et surtout de leur incapacité à poser un diagnostic ("l'enfant ne sait pas parler, on ne sait pas ce qu'il a"). Poser le bon diagnostic n'est d'ailleurs pas toujours suffisant pour prescrire le bon traitement: "Chacun réagit différemment aux médicaments, cela dépend du sang... Ce qui convient à l'un ne conviendra pas à un autre". Par sécurité, les parents s'adressent plus facilement à un agent de santé en cas de maladie chez leurs jeunes enfants que chez eux. Nous sommes là bien loin d'une explication dont le moteur serait l'égoïsme parental! L'enquête sur les itinéraires thérapeutiques indique que 42 % des malades de moins d'un an sont allés directement consulter, contre 31 % de ceux de 1 à 4 ans, 30 % de ceux de 5 à 14 ans et 22 % des adultes. La consultation presque immédiate d'un agent de santé remplaçant l'automédication, ce qui est considéré comme un saut qualitatif par les parents, il est logique que l'on commence le plus souvent la quête thérapeutique par le service de santé le plus proche, soit un dispensaire et parfois le CSSP.

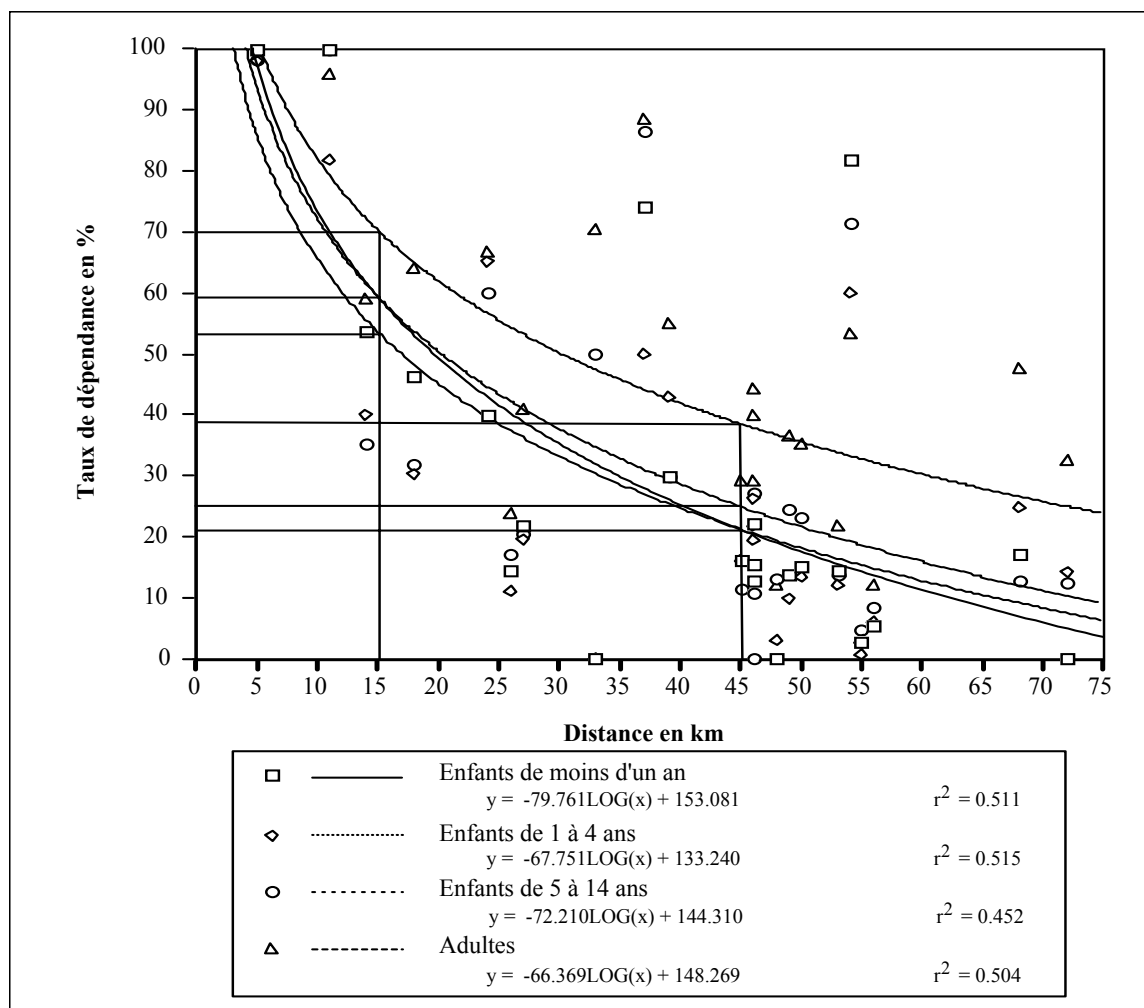


Figure 65 Taux de dépendance des patients envers l'hôpital Saint-Martin selon l'âge et la distance, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

Ainsi, les taux d'utilisation très élevés constatés pour les jeunes enfants, les bébés en particulier, ne sont-ils pas que le reflet de besoins supérieurs à ceux des adultes, mais bien aussi d'un modèle thérapeutique partiellement différent. Le très faible taux d'utilisation des services de santé par les enfants de 5 à 14 ans s'explique à la fois par des besoins limités, par rapport aux trois autres catégories d'âge, et par un recours déjà important à l'automédication.

Un impact de la distance sur les taux d'utilisation différent selon l'âge?

Nous savons déjà que les taux d'utilisations globaux décroissent avec la distance aux services de santé, et cela d'autant plus rapidement que ceux-ci sont d'un bas niveau hiérarchique. Il en résulte que l'aire d'attraction d'un service de santé de base est plus limitée que celle d'un service de deuxième ou troisième niveau. Nous savons encore que, pour tous les types de services de santé, les taux d'utilisation varient considérablement en fonction de l'âge. Nous venons finalement de voir que, par rapport aux enfants, les adultes montrent une prédilection particulière à fréquenter les services de santé de haut niveau à l'échelle régionale et que de plus ils semblent moins soumis à la friction de la distance. Relevons encore que la distance moyenne parcourue en 1994 pour atteindre l'hôpital Saint-Martin de Papané augmente avec l'âge (de 26,4 à 32,9 kilomètres pour les quatre catégories d'âge), alors qu'elle décroît légèrement au CSSP de Ouessè (de 3,8 à 3,3 kilomètres) et dans les CCS considérés ensemble (de 2 à 1,8 kilomètre; cf. Tableau 80). Ces multiples conclusions suggèrent la question suivante: est-ce que l'aire d'attraction d'un service ou d'un type de services de santé reste la même, quel que soit l'âge des utilisateurs? Les conclusions ci-dessus suggèrent notamment que l'aire d'attraction de l'établissement occupant le sommet de la hiérarchie régionale, l'hôpital Saint-Martin, pourrait être plus vaste pour les adultes que pour les enfants.

Le meilleur moyen de répondre à cette question est de construire un graphique montrant, pour chaque type de services de santé, la décroissance des taux d'utilisation en fonction de la distance, et cela pour chaque classe d'âge.

La Figure 66 montre les énormes écarts par classe d'âge du niveau d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin, du moins pour des distances point trop longues. Les bébés se distinguent particulièrement bien des trois autres classes d'âge, y compris de celle des enfants de 1 à 4 ans qui lui est pourtant contiguë, par des taux très élevés. Mesurée en termes de taux d'utilisation, l'intensité de l'attraction de l'hôpital Saint-Martin est donc clairement fonction de l'âge, en sus bien sûr de la distance. Cette friction différenciée de la distance implique-t-elle pour autant que les limites de l'aire d'attraction fluctuent aussi selon l'âge?

Cette question est délicate, puisque se pose toujours le problème de la définition des limites ultimes d'une aire d'attraction. Nous nous en tiendrons à une définition très large: toute localité dont le taux d'utilisation atteint 1 % appartient à l'aire d'attraction de l'hôpital confessionnel, pour la classe d'âge considérée. Il s'agit donc là de l'espace médical maximal de cet hôpital¹. Le constat général est que les taux d'utilisation décroissent d'autant plus rapidement en fonction de la distance qu'ils partent d'un niveau élevé. Il en résulte que l'aire d'attraction maximale ne diffère pas beaucoup selon l'âge, particulièrement pour les trois classes d'enfants. Le rayon d'attraction maximal est en effet de 66 kilomètres pour les enfants de moins d'un an, de 71 kilomètres pour les enfants de 1 à 4 ans et ceux de 5 à 14 ans, mais tout de même de 85 kilomètres pour les adultes. Ainsi, presque tous les enfants de la sous-préfecture de Ouessè relèvent de l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin. Seuls les enfants de moins d'un an des deux villages les plus éloignés, Idadjo et Djegbé, sont, de peu, au-delà de cette limite². Il en va

¹ Précédemment, nous avons même utilisé 0 % comme limite de l'aire d'attraction maximale d'un service de santé. Ici, avec des données aussi désagrégées, les courbes sont beaucoup trop plates pour retenir une limite si basse.

² Selon le modèle logarithmique du moins. Le taux d'utilisation réel par les enfants de moins d'un an de Djegbé est nettement

de même pour les enfants de 1 à 14 ans habitant Idadjo, à 72 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin. Tous les adultes de la sous-préfecture sont par contre largement inclus dans l'aire d'attraction maximal de cet établissement.

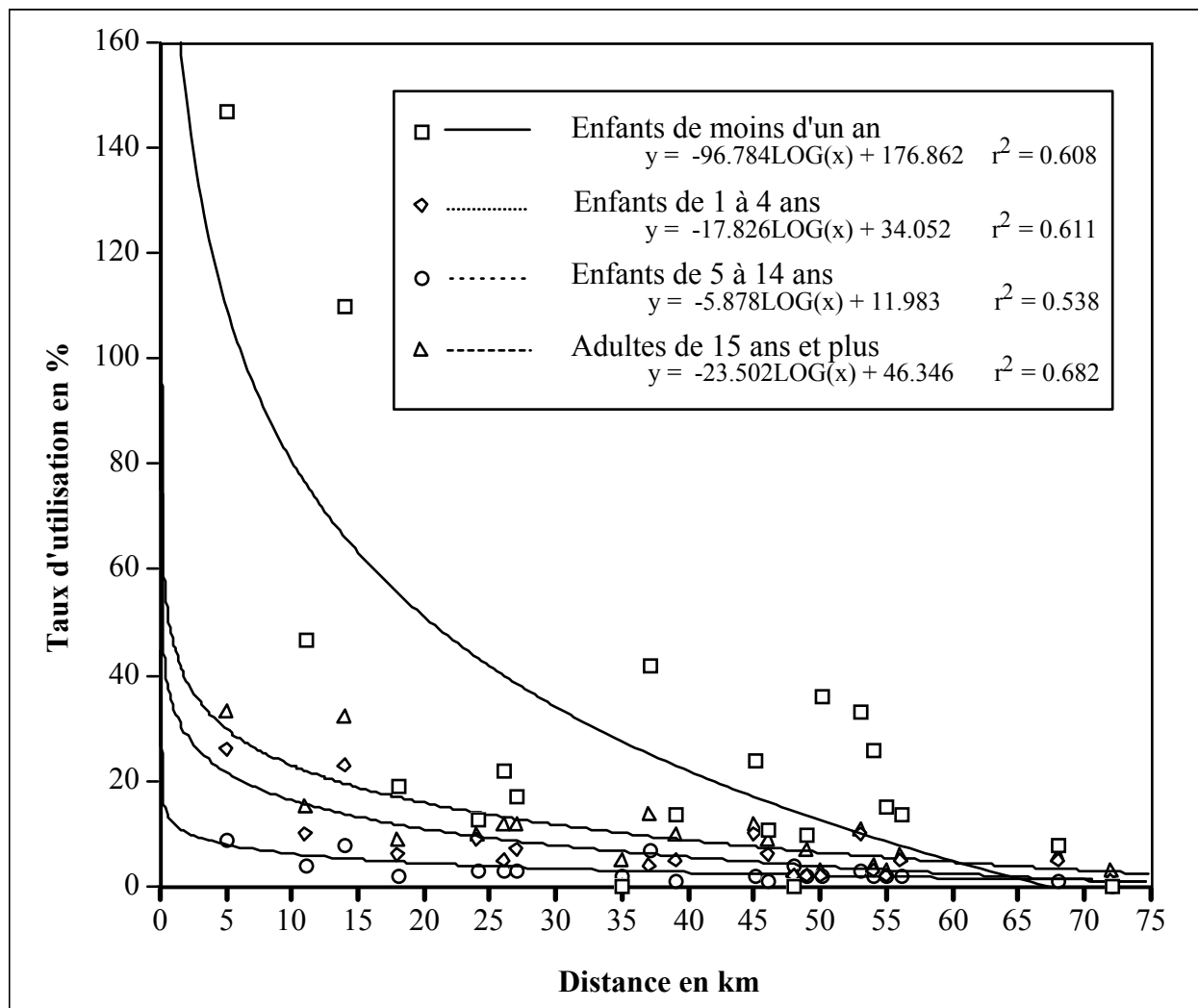


Figure 66 Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin de Papané pour les soins curatifs ambulatoires en fonction de l'âge et de la distance, en 1994 (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Pour le CSSP de Ouessè, le constat est le même que pour l'hôpital confessionnel: le taux d'utilisation par âge diminue d'autant plus rapidement avec la distance qu'ils sont plus élevés à proximité du CSSP (cf. Figure 67). Il en résulte que le rayon maximal d'attraction¹ du CSSP ne diffère pas beaucoup en fonction de l'âge. Il est de 27 kilomètres pour les enfants de moins d'un an, de 25 kilomètres pour ceux de 1 à 4 ans, de 24 kilomètres pour les adultes et de seulement 21 kilomètres pour les enfants de 5 à 14 ans. On constate donc que, contrairement à ce que nous avons observé pour l'hôpital Saint-Martin, l'aire d'attraction des enfants de moins de 5 ans est plus large que celle des adultes, bien que dans les deux cas les taux d'utilisation des jeunes enfants habitant à proximité des hôpitaux soient nettement supérieurs à ceux des adultes.

supérieur à celui indiqué par le modèle, dont l'ajustement aux points est loin d'être parfait ($r^2 = 0.61$).

¹ Tout comme pour l'hôpital Saint-Martin et pour la même raison la limite de l'aire d'attraction maximale correspond à un taux d'utilisation de 1 %.

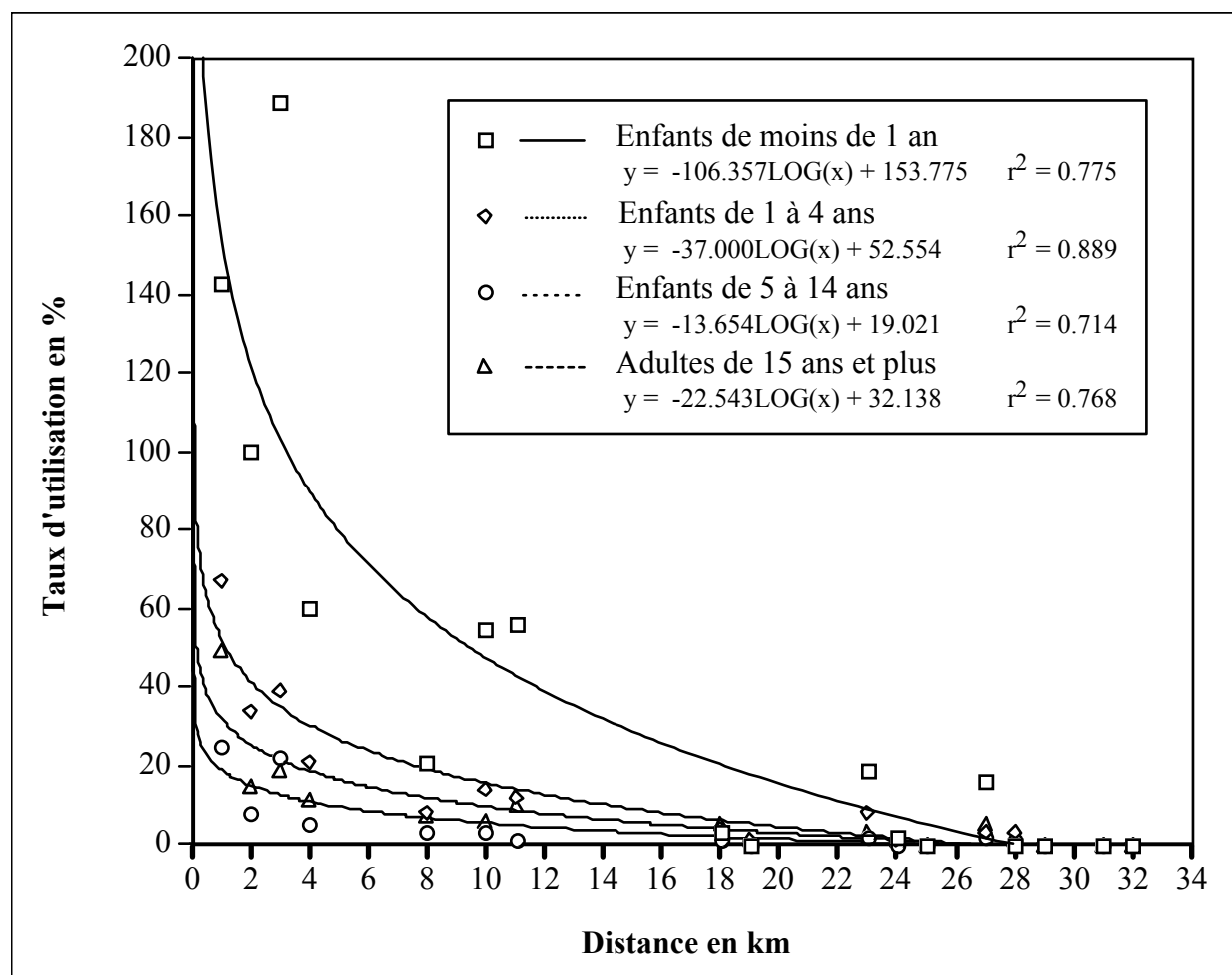


Figure 67 Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires en fonction de l'âge et de la distance, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de 1992 réactualisé).

Hormis des niveaux d'utilisation et des aires maximales d'attraction par âge environ deux fois plus petits, le modèle général d'utilisation des CCS selon l'âge est identique à celui du CSSP (cf. Figure 68). Ici encore, la friction de la distance est d'autant plus importante que les taux d'utilisation sont élevés près des CCS. En moyenne pour l'ensemble des CCS, les aires maximales d'attraction selon l'âge sont donc proportionnelles au taux d'utilisation par âge, mais avec des écarts nivelés. Avec un seuil de 1 %, le rayon d'attraction est de presque 12 kilomètres pour les enfants de moins d'un an, de presque 11 kilomètres pour ceux de 1 à 4 ans, de 10 kilomètres pour les adultes et de plus de 8 kilomètres pour les enfants de 5 à 14 ans.

Ainsi, dans les services de santé de bas niveau (CCS) et de niveau intermédiaire (CSSP), les taux relativement élevés d'utilisation des enfants de moins d'un an combinés avec une friction de la distance importante débouchent sur une aire d'attraction qui reste un peu plus large que pour les trois autres catégories d'âge. Cela n'est pas le cas pour l'hôpital Saint-Martin de Papané, pour lequel le taux d'utilisation des bébés devient inférieur à celui des adultes à partir de 60 kilomètres. Si le CSSP de Ouessè se situe clairement dans une position intermédiaire entre les CCS et l'hôpital confessionnel quant à l'extension de ses aires d'attraction selon l'âge, il se situe beaucoup plus près des CCS lorsque l'on considère la structure par âge de ses utilisateurs en fonction de la distance.

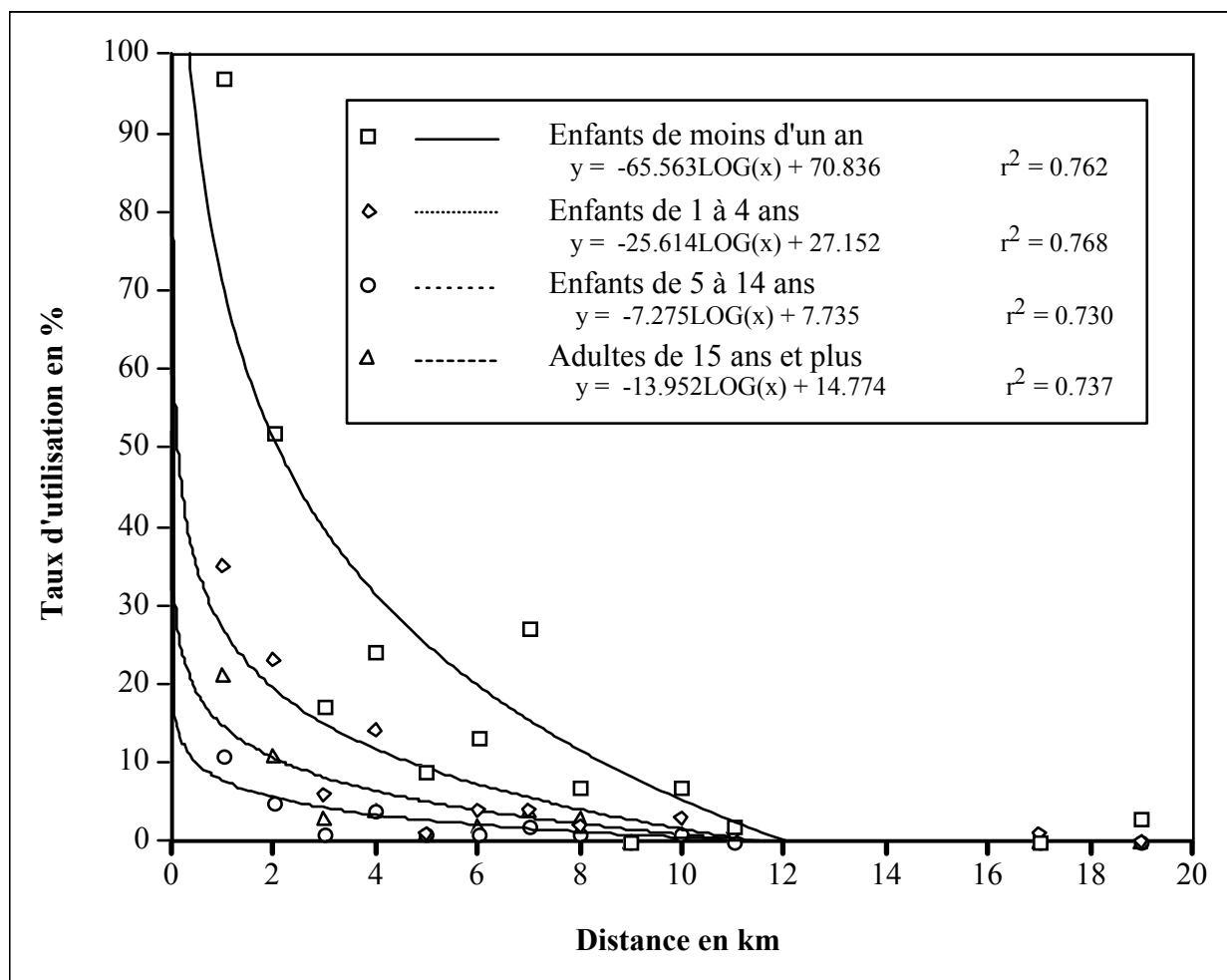


Figure 68 Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS pour les soins curatifs en fonction de l'âge et de la distance, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de 1992 réactualisé).

Variation selon l'âge de l'attraction des services de santé modernes sur chaque localité

Tout comme nous l'avons déjà fait pour le sexe, nous allons, au moyen d'un indice d'attraction de chaque service de santé sur chaque localité de la sous-préfecture calculé à partir des taux de dépendance de la population envers chaque service de santé, des taux de dépendance de chaque service de santé envers la clientèle selon sa provenance et des taux d'utilisation par localité des services de santé, cartographier les écarts d'attraction entre les catégories d'âge. En fait, nous nous contenterons de comparer les enfants de moins d'un an aux adultes, soit les deux catégories d'utilisateurs les plus éloignées par l'âge, mais aussi souvent par le comportement de recherche de soins de santé. Nous limiterons également cette analyse à la seule année 1994. Les tableaux nécessaires à la réalisation des cartes ci-dessous ont été renvoyés en Annexes 12 à 19.

Les flèches en trait plein indiquent une attraction plus intense d'un service de santé sur les adultes que sur les enfants de moins d'un an, alors que les pointillés signalent le contraire. Ces flèches sont d'autant plus épaisses que la différence est importante. S'il n'y a aucune flèche, cette différence est nulle.

La Figure 69 montre que la plupart des localités sont soumises à une attraction inégale de la part de l'hôpital Saint-Martin, dès lors que l'on compare les enfants de moins d'un an aux adultes. Toutefois, les différences sont le plus souvent faibles. Sont-elles distribuées de façon

aléatoire dans l'espace ou répondent-elles au contraire à un modèle explicatif basé sur l'accessibilité de l'hôpital confessionnel? Au vu de tout ce qui a été dit plus haut, on s'attendrait en effet à ce que la différence d'indice d'attraction entre les adultes et les bébés soit d'autant plus grande que l'accessibilité diminue.

Cela n'est que partiellement vérifié. Si les adultes de Kilibo Gare, Kokoro, Attata, Djegbé et Idadjo, dont l'accès physique à l'hôpital Saint-Martin est médiocre ou franchement mauvais (grande distance et/ou absence de taxis), subissent une attraction supérieure à celle des enfants, c'est l'inverse qui se produit à Gbédé, Botti Houegbo et Gbanlin, trois villages pourtant très isolés et/ou lointains. Cette différence d'indice d'attraction est nulle ou légèrement favorable aux bébés dans les quatre villages de la commune de Toui, la plus proche de l'hôpital confessionnel. Une bonne accessibilité semble donc atténuer les disparités d'attraction entre les âges, voire profiter un peu plus aux enfants. Il convient cependant de rester prudent, car les effectifs sont souvent très faibles à un tel niveau de désagrégation des données. Par exemple, aucun enfant de moins d'un an habitant Attata, Idadjo et Kilibo Gare ne s'est rendu à l'hôpital Saint-Martin en 1994, pour respectivement 7, 13 et 24 adultes.

Bien que les écarts d'attraction entre adultes et bébés soient faibles pour le CSSP de Ouessè, il est possible de dégager une double tendance assez nette: la différence d'attraction est négative (ou nulle) pour les localités de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè et généralement positive pour celles de l'Est concernées par le CSSP. Ce résultat n'est guère étonnant pour l'Ouest, lorsque l'on se rappelle les taux d'utilisation élevés des bébés, leur plus grande propension que les adultes à visiter les services de santé locaux et donc aussi leur poids démographique dans ces mêmes services. Relevons que l'indice d'attraction atteint le maximum possible (15) pour les bébés comme pour les adultes de l'agglomération de Ouessè. La différence d'attraction selon l'âge y est donc nulle. C'est aussi le cas des différences d'attraction des dispensaires sur les habitants de certains villages les abritant: Tosso, Kémon, et Toui. De même, la différence est faible pour les maternités de Gbanlin, de Challa Ogoï et pour le dispensaire de Kilibo. Une accessibilité quasi absolue du CSSP ou des CCS débouche donc sur une attraction équilibrée selon l'âge ou quelquefois un peu plus forte sur les enfants. Ce constat concorde avec ce que nous avons déjà observé pour l'attraction de l'hôpital Saint-Martin sur les villages de la commune de Toui.

Lorsque l'accessibilité du CSSP de Ouessè est globalement mauvaise, comme c'est le cas pour les habitants de l'est de la sous-préfecture, les bébés en pâtissent plus que les adultes, plus mobiles. Cette tendance n'est d'ailleurs guère significative vus les très faibles effectifs par village et classe d'âge pour cette partie de la sous-préfecture.

L'indice d'attraction des CCS sur les localités alentours est en général nettement plus élevé pour les enfants que pour les adultes, ce qui là encore était attendu au vu de ce qui précède. Il existe toutefois d'importantes disparités, voire des inversions de tendance, d'un village à l'autre. Gbédé constitue l'exception la plus notable à ce schéma général: les adultes y sont bien plus attirés par le dispensaire de Kokoro que les bébés, qui eux sont davantage attirés par l'hôpital Saint-Martin¹. Ce n'est pas la seule originalité de ce village: le taux de recours extérieur comme première action thérapeutique, tous types de recours confondus, y est le plus faible de toute la sous-préfecture; par contre, la pratique de l'automédication, notamment de la phytothérapie, y est la plus fréquente. Autre originalité unique dans la sous-préfecture, les habitants de ce village sont des *Basa* – proches parents des *Ashanti* –, originaires de Ghana. En plus du *nagot*, ils parlent entre eux une langue propre et pratiquent encore fréquemment

¹ Neuf enfants de moins d'un an sont allés à l'hôpital Saint-Martin, contre 0 au dispensaire de Kokoro. Ces chiffres sont respectivement de 16 et 11 pour les adultes.

l'endogamie, bien qu'ils soient établis au

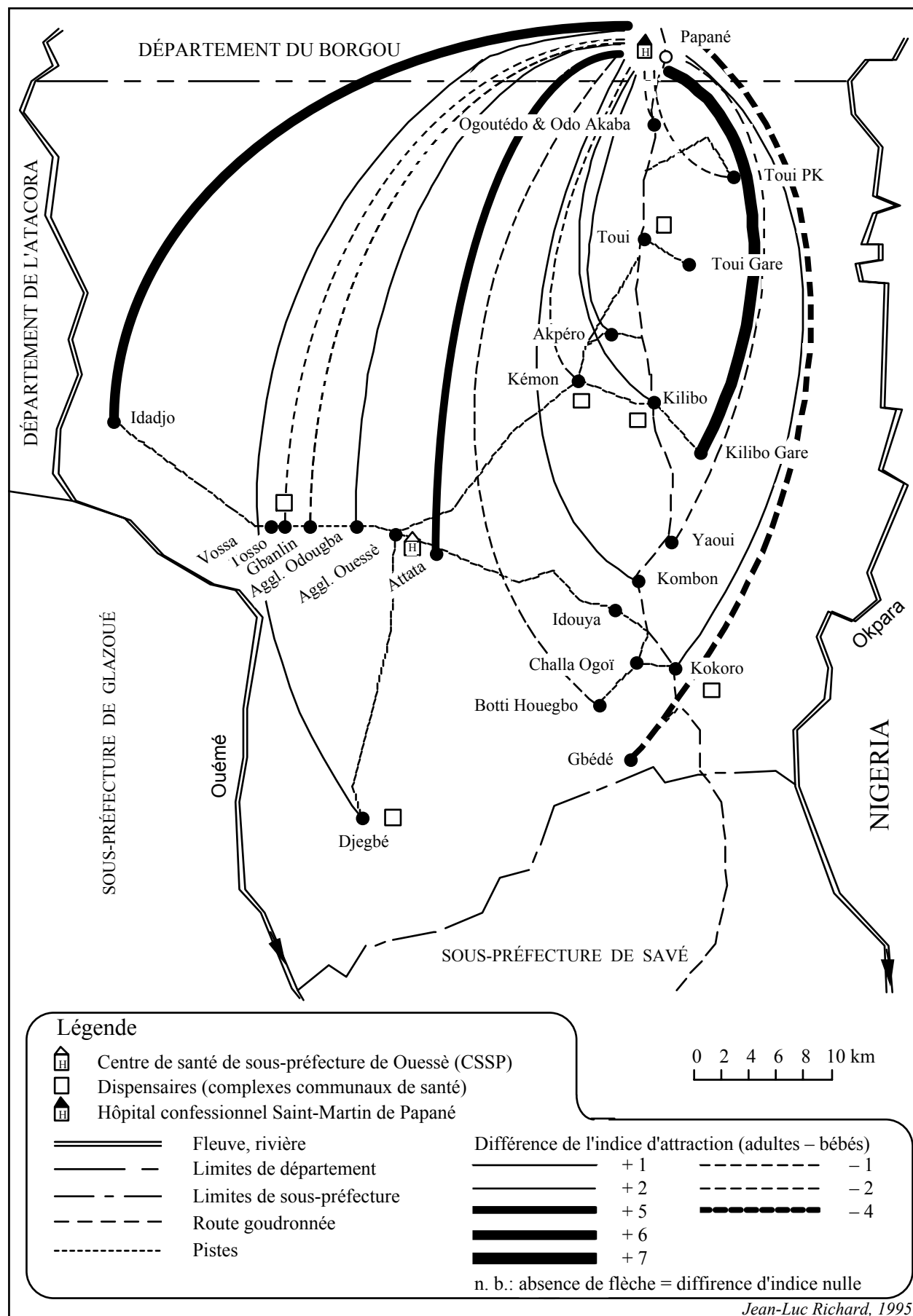


Figure 69 Différence d'attraction de l'hôpital Saint-Martin selon l'âge en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les enfants de moins d'un an.

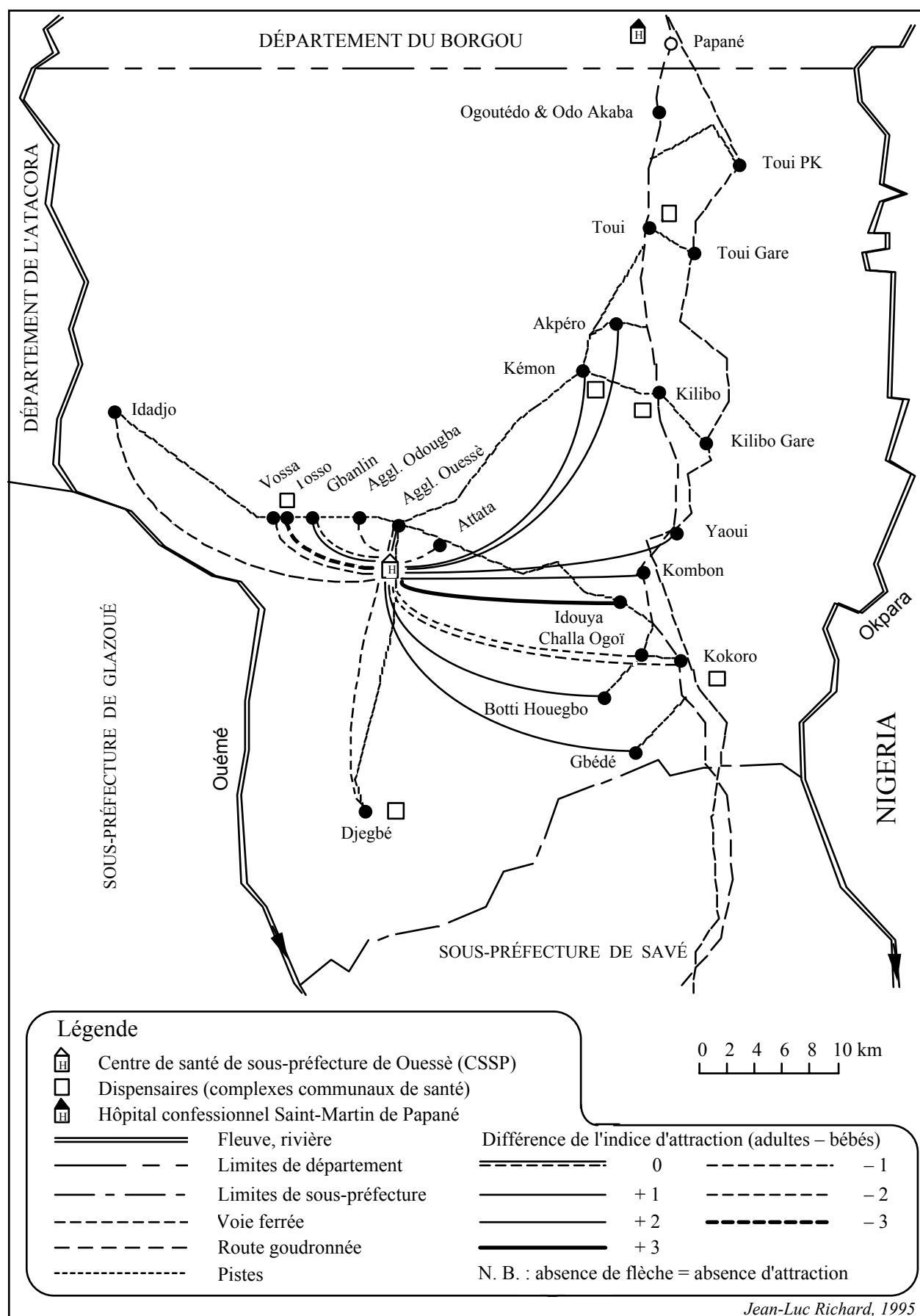


Figure 70

Différence d'attraction du CSSP de Ouessè selon l'âge en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les bébés de moins d'un an.

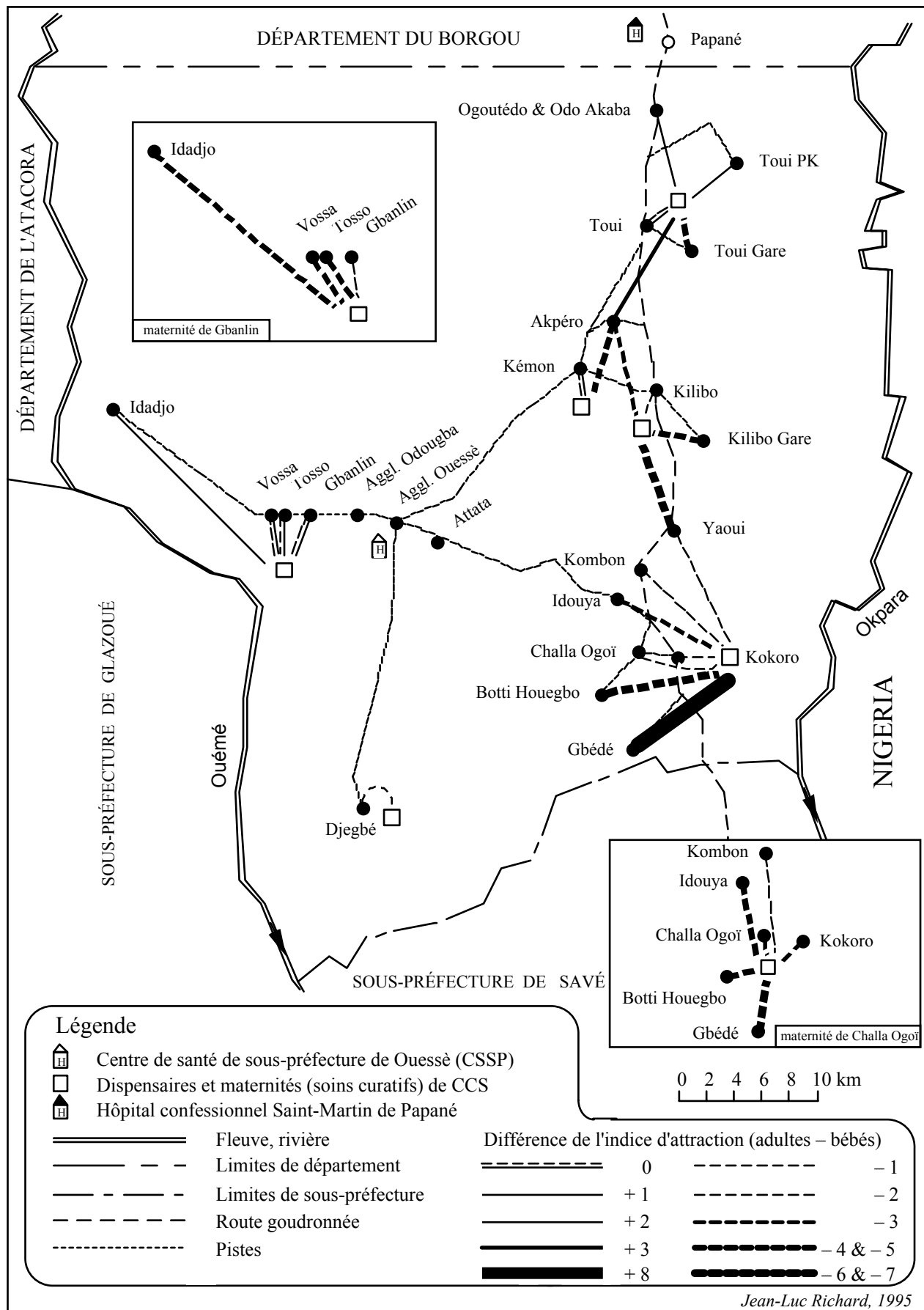


Figure 71

Différence d'attraction des CCS selon l'âge pour les soins curatifs en 1994: indice d'attraction sur les adultes – indice d'attraction sur les enfants < 1 an.

Bénin depuis de nombreuses générations. Il n'est pas exclu que cette particularité ethnique, alliée à une accessibilité réduite aux services de santé, explique la faible utilisation des services de santé et peut-être les modalités particulières de celle-ci.

En définitive, force est de constater que le rayon maximal de l'aire d'attraction d'un service de santé varie peu en fonction de l'âge des patients. Les écarts selon l'âge sont d'autant plus importants que le service de santé est élevé dans la hiérarchie sanitaire régionale. Ils sont donc maximaux à l'hôpital Saint-Martin, dont la taille des aires d'attraction par âge augmente avec l'âge, moyens au CSSP de Ouessè où la taille des aires d'attraction diminue avec l'âge, mais avec un minimum pour les enfants de 5 à 14 ans, et quasi nuls pour les CCS. La friction de la distance, illustrée par la pente des courbes sur les Figure 66, Figure 67 et Figure 68, est d'autant plus forte que le niveau hiérarchique du service de santé est bas. Elle est aussi d'autant plus forte qu'elle s'exerce sur une catégorie d'âge dont le taux d'utilisation est élevé pour la population habitant à courte distance du service de santé. Autrement dit, plus une courbe part de haut, plus sa pente est forte, ce qui explique que les aires maximales (valeur de x lorsque $y = 1$ %) ne diffèrent guère selon l'âge. Quel que soit le niveau hiérarchique du service de santé, les enfants de moins d'un an y bénéficient toujours d'un taux d'utilisation nettement supérieur à ceux des autres catégories. Les adultes, puis les enfants de 1 à 4 ans suivent à l'hôpital Saint-Martin, alors que c'est l'inverse au CSSP et aux CCS. Partout, les enfants de 5 à 14 ans ferment la marche. Cette structure d'utilisation selon l'âge correspond sans doute à la structure des besoins respectifs, mais n'implique en rien que tous les besoins, ou même une large proportion d'entre eux, soient couverts. L'inversion entre les enfants de 1 à 4 ans et les adultes constatés à l'hôpital Saint-Martin illustre le fait que, faibles consommateurs, les adultes tendent à rechercher les services de plus haut niveau lorsqu'ils se décident enfin à consulter, même s'il faut pour cela aller plus loin.

Effet de la distance sur les taux d'utilisation par âge à l'échelle locale: les agglomérations de Ouessè et d'Odougba

Qu'en est-il des inégalités d'attraction selon l'âge à l'intérieur même des agglomérations de Ouessè et d'Odougba? Les faibles variations de distance jouent-elles un rôle différent selon l'âge des patients? Ces éventuels écarts se creusent-ils avec le temps? Nous tenterons de répondre à ces questions à travers l'analyse des seuls taux d'utilisation (plutôt que des indices d'attraction plus complexes) par âge et par village des services de santé formels desservant les deux principales agglomérations de la sous-préfecture de Ouessè. Rappelons que pour les années 1992 et 1993, nous devons nous contenter des seuls chiffres du CSSP, l'hôpital Saint-Martin et les deux infirmiers privés d'alors n'indiquant pas la provenance de leurs patients. Pour 1994, nous négligerons également le poste de secours de Laminou, dont la faible fréquentation donne des chiffres désagrégés par âge et provenance trop petits pour être pertinents.

Si l'on compare l'évolution sur trois ans du taux d'utilisation par âge du CSSP pour la commune de Ouessè à celui de la commune de Laminou constituant ensemble l'agglomération de Ouessè, nous constatons que l'écart entre les deux communes tend à se réduire progressivement pour les enfants de moins de 5 ans, mais au contraire à se creuser pour les patients de plus de 5 ans. En effet, le taux d'utilisation en 1992 des enfants de moins d'un an de la commune de Ouessè était 1,9 fois supérieur à celui des bébés de Laminou, qui habitent un peu plus loin du CSSP. En 1994, ce rapport est tombée à 1,4. Ces valeurs sont respectivement de 2,7 et 2 pour les enfants de 1 à 4 ans, mais de 2,4 et 3,1 pour les enfants de 5 à 14 ans et de 2,5 et 3,3 pour les adultes. La friction de la distance est donc bien présente pour chaque catégorie d'âge, même pour des villages très proches du CSSP de Ouessè. Les enfants de moins d'un an y sont les moins sensibles. De plus, cette friction diminue avec le temps pour les enfants de moins de 5 ans et augmente pour les patients de plus de 5 ans. Nous avons relevé pour l'agglomération de

Ouessè la part croissante des villages de la commune de Ouessè parmi les patients du CSSP. Nous voyons maintenant qu'elle résulte d'un double mouvement en sens contraire: le CSSP s'ouvre proportionnellement toujours plus aux jeunes enfants de la commune de Laminou, mais se ferme progressivement à ses habitants de plus de 5 ans, alors même que deux concurrents privés installés dans cette commune ont disparu fin 1992 et fin 1993.

Contrairement à ce que nous avons observé à une échelle plus large, ce sont les grands enfants et les adultes qui ont les taux d'utilisation les plus sensibles à une très faible augmentation de la distance. Pour le CSSP, le taux d'utilisation des enfants de moins d'un an de la commune de Ouessè (sans le village d'Attata, hors de l'agglomération) est en 1994 2,9 fois supérieur à celui des adultes. Pour la commune de Laminou, ce rapport grimpe à 6,6. Pour l'agglomération d'Odougba, à 4 kilomètres du CSSP, le constat reste le même: la friction de la distance est bien plus forte sur les enfants de plus de 5 ans et les adultes que sur les enfants de moins de 5 ans. Les bébés y sont même proportionnellement 5,5 fois plus nombreux que les adultes à consulter le CSSP. On constate toutefois déjà un infléchissement de ce rapport relativement à Laminou, qui se confirme pour Gbanlin, à 8 kilomètres du CSSP, où il redescend au niveau de celui de la commune de Ouessè (2,9).

Nous pouvons donc conclure en résumant ainsi ce double constat: dans un rayon de 3 ou 4 kilomètres autour du CSSP, une faible augmentation de la distance à parcourir pénalise davantage les grands enfants et les adultes que les enfants de moins de 5 ans. Passé ce seuil, la friction de la distance s'exerce plus fortement sur les enfants, quel que soit leur âge, que sur les adultes.

Il est assez difficile d'expliquer une telle inversion de la friction de la distance selon l'âge. Elle semble toutefois s'inscrire dans le modèle général d'utilisation des services de santé qui veut que les adultes tendent à délaissier ceux qui occupent le plus bas niveau. Les adultes de la commune de Ouessè utiliseraient beaucoup le CSSP du fait de sa grande proximité. Une faible augmentation de la distance suffirait, vue la réputation assez limitée de cet établissement, à dissuader de très nombreux adultes et grands enfants, qui se tournent alors vers l'hôpital Saint-Martin et surtout vers l'automédication. En caricaturant quelque peu, on pourrait dire que les adultes de la commune de Ouessè sont davantage attirés par la proximité du CSSP que par la qualité des soins attendus. Le rapport coût/bénéfice reste acceptable car si le bénéfice est souvent perçu comme médiocre, le coût l'est généralement tout autant.

Un faible accroissement de la distance n'a par contre pas un impact aussi fort sur les enfants de 1 à 4 ans et surtout de moins d'un an, pour lesquels, nous l'avons vu, on hésite moins à consulter en raison de leur fragilité et de l'inexpérience des parents face aux maladies de chaque nouvel enfant. Quelques kilomètres supplémentaires à parcourir entraînent par contre une diminution des taux d'utilisation relativement plus importante pour les enfants que pour les adultes. Les enfants tombent alors en effet dans l'aire d'attraction du CCS local (Gbanlin), dont ils s'affranchissent proportionnellement moins que les adultes. Outre qu'ils sont plus mobiles, ces derniers recourent plus rarement aux services de santé, mais alors souvent pour des maladies rebelles, que l'on confie plus volontiers aux deux hôpitaux qu'aux CCS. L'intensité d'attraction du CSSP de Ouessè sur les adultes chute donc rapidement dès que l'on s'en éloigne un peu, pour ensuite diminuer beaucoup plus lentement.

En 1994, les taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin sont similaires pour les enfants de 0 à 4 ans habitant les deux communes composant l'agglomération de Ouessè. Par contre, les adultes et plus encore les enfants de 5 à 14 ans de la commune de Ouessè fréquentent nettement plus cet hôpital que leurs homologues de la commune de Laminou (respectivement 2,3 et 3 fois plus). Un peu plus loin, dans l'agglomération d'Odougba, les taux d'utilisation pour les personnes de plus de 5 ans sont similaires à ceux de Laminou, alors que ceux des moins de 5 ans

ont fortement diminué. Nous ne savons comment expliquer les décalages des niveaux d'utilisation entre ces trois communes, selon que l'on considère les habitants de moins ou de plus de 5 ans. L'accessibilité de l'hôpital Saint-Martin joue ici un rôle mineur, puisqu'elle est presque identique pour les trois communes.

Tableau 72 Taux d'utilisation en % selon l'âge des soins curatifs ambulatoires pour les villages des agglomérations de Ouessè et d'Odougba (sources: fichier et registres de patients, recensement de la population de 1992 réactualisé).

	CSSP de Ouessè												Hôp. St-Martin			
	1992				1993				1994				1994			
	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
Adougou	196	89	27	40	239	112	32	33	168	69	33	46	13	3	1	9
Ouessè	166	73	19	39	223	91	31	44	189	82	28	62	42	18	5	29
Zogba Gaou	73	56	7	17	48	33	10	11	62	45	15	20	5	6	1	6
Lakoko	79	22	14	21	107	22	16	21	104	43	19	47	0	2	0	4
Commune Ouessè	137	65	17	33	167	73	26	33	143	67	25	49	23	11	3	18
Gbémé	95	36	10	20	157	43	15	14	132	49	9	21	12	5	3	6
Laminou	86	25	7	11	74	47	7	10	97	24	7	12	53	13	1	13
Botti	66	19	8	13	126	36	8	16	108	35	7	16	11	11	1	6
Kpassa	62	20	4	13	121	31	10	13	107	42	8	12	4	5	1	5
Attannondoho	26	16	6	15	38	13	4	10	43	24	8	17	8	4	0	4
Comm. Laminou	72	24	7	13	101	38	9	12	100	34	8	15	25	9	1	8
Agglom. Ouessè	98	39	11	21	127	51	15	20	117	46	14	28	24	10	2	12
Odougba	70	22	4	13	37	20	4	8	55	20	5	11	6	3	3	6
Zogba Trékou	41	4	1	4	29	8	3	5	64	16	4	8	13	3	2	11
Tchédjannagnon	44	14	2	10	43	14	1	8	41	20	2	5	10	2	2	10
Dokoundoho	93	28	10	15	90	25	13	15	111	28	10	22	4	0	0	1
N'gbéhouédo	34	12	2	9	49	11	2	6	48	22	5	12	24	5	1	3
Aggl. Odougba	56	16	3	10	46	15	4	8	60	21	5	11	10	2	2	7

Légende: T1: total des enfants de moins d'un an;

T2: total des enfants de 1 à 4 ans;

T3: total des enfants de 5 à 14 ans;

T4: total des adultes de 15 ans et plus.

Il est bien clair que d'autres facteurs d'utilisation, plus difficiles à cerner, interviennent aussi, parfois plus puissamment que l'accessibilité. Pour s'en convaincre, il suffit de lire sur le Tableau 72 les écarts, parfois énormes¹, entre les villages d'une même commune, et cela aussi bien pour le CSSP que pour l'hôpital confessionnel. Il n'est pourtant pas évident d'observer des différences socio-économiques ou culturelles entre ces villages contigus voire imbriqués, pas plus que l'on a de raisons de supposer que certains d'entre eux soient plus pathogènes que d'autres. Les variations interannuelles, parfois importantes, des taux d'utilisation pour un même

¹ Répétons que les taux d'utilisation très supérieurs aux autres villages relevés pour les deux chefs-lieux de communes, Laminou et surtout Ouessè, sont peut-être partiellement dus à un biais de déclaration.

village et un même centre de santé montrent bien que des facteurs conjoncturels, largement aléatoires, se superposent aux facteurs structurels déterminant le niveau d'utilisation des services de santé.

Il existe cependant parfois certaines tendances, constantes sur les trois années étudiées, qui nous poussent à parler de comportements face à la maladie propres à certains villages. Ainsi, les taux d'utilisation du CSSP sont élevés pour les villages de Ouessè et d'Adougou, alors qu'ils sont faibles dans celui de Zogba Gaou. De même, dans la commune de Laminou, les habitants du village de Gbémé fréquentent beaucoup le CSSP. Dans la commune d'Odougba, c'est le village de Dokoundoho qui se caractérise par une forte utilisation du CSSP, mais aussi par un très faible recours à l'hôpital Saint-Martin.

d) Attraction des services de santé selon la pathologie

Bien que la littérature, anthropologique notamment, sur l'étiologie et la nosologie populaires et leur importance dans le choix d'un recours thérapeutique abonde, il est bien rare que l'on se soit penché sur les pathologies effectivement traitées dans les services de santé en relation avec la provenance des patients. Connaître qu'il existe des "maladies pour le guérisseur" et des "maladies pour l'hôpital" permet-il de réellement prédire le comportement de recherche de soins d'une personne atteinte d'une telle maladie? La littérature sur les itinéraires thérapeutiques¹ en Afrique subsaharienne insiste sur le grand pragmatisme ou éclectisme des malades: au besoins, ils sont souvent prêts à utiliser successivement ou même simultanément tout l'éventail thérapeutique à disposition. Il n'est pas rare qu'un malade aille chez un devin, en quête de sens pour sa maladie, et en même temps – parfois sur les conseils du devin – chez un agent de santé moderne, à la recherche d'un traitement symptomatique. D'autre part, il convient de garder à l'esprit la mise en garde de FASSIN (1992), selon laquelle les normes énoncées ne sont pas forcément mises en application, en raison de nombreuses circonstances particulières, dont l'appréciation donne, dans les faits, beaucoup de latitude au malade. Il rappelle de plus que l'étiologie et la nosologie ne sont pas forcément unifiées, même à l'échelle locale. La valeur prédictive de leur connaissance reste donc limitée, voire nulle après l'échec d'une première action thérapeutique conforme à la norme.

La gravité de la maladie constitue également un déterminant de l'attitude à adopter face à une maladie particulière. Or dans le cas présent, la gravité n'est généralement pas connue a priori: le malade et son entourage jaugent au jour le jour l'évolution de la maladie. Ce n'est vraiment qu'au terme de la maladie, qu'ils peuvent vraiment se prononcer sur sa gravité en s'appuyant sur son issue, sa durée, le type et la violence des symptômes, le type et le nombre de recours utilisés, le coût de la maladie... La gravité de la maladie relève donc plus de sa perception concrète, et donc des circonstances particulières évoquées plus haut à même d'infléchir la norme, que d'une appréciation générale de la maladie. La valeur prédictive de la gravité de la maladie sur le choix d'un recours thérapeutique est donc encore plus faible que celle de l'étiologie et de la nosologie. Il arrive même que ce soit ces choix ou leurs conséquences qui déterminent la gravité de la maladie, plus que l'inverse. Par exemple, l'hospitalisation, suite à une consultation, d'un cas jugé pas trop grave par la famille, changera le statut de la maladie. Le fait de "devoir" aller jusqu'à l'hôpital Saint-Martin de Papané pour se faire soigner assoit autant la gravité de la maladie qu'il en résulte.

Notre but n'est pas d'étudier la classique – et par trop caricaturale à notre avis – opposition entre "maladies pour le guérisseur (ou le devin)" et "maladies pour l'hôpital" qui

¹ Rappelons que par itinéraire thérapeutique nous entendons l'enchaînement des différentes actions entreprises en divers lieux par un malade et son entourage en quête de soins.

recouvrirait en gros la dichotomie “maladies surnaturelles (provoquées)” – “maladies naturelles”. Nous ne disposons d’ailleurs pas des matériaux empiriques pour le faire. Notre propos est double. Il s’agit premièrement d’analyser si, à l’intérieur même de la médecine moderne, les pathologies traitées sont les mêmes et surtout si elles se présentent avec la même fréquence dans tous les services de santé. Il s’agit ensuite, pour chaque niveau de services de santé, d’étudier la friction de la distance en fonction des différentes pathologies: est-ce que, par exemple, l’espace médical du CSSP de Ouessè est plus large pour les traumatismes que pour le paludisme? Est-ce que le taux d’utilisation du CSSP diminue plus rapidement pour les premiers que pour le second en fonction de la distance?

Cette approche est complétée par le calcul de la distance moyenne par pathologie que la population a parcouru en 1994 pour fréquenter les différents services de santé de la sous-préfecture. Cette mesure de l’effort consenti, selon la pathologie, pour atteindre le dispensateur de soins constitue sans doute un bon indicateur de la perception à la fois de la gravité de la maladie et de la capacité des différents services de santé à la prendre efficacement en charge.

Il peut évidemment exister un certain décalage entre le diagnostic du malade ou de sa famille, diagnostic qui déterminera en partie leur comportement, et celui attribué par l’agent de santé, c’est-à-dire celui que nous utilisons dans tout ce chapitre. Nous pensons toutefois que cet écart est faible vu la définition généralement fort peu pointue de nos catégories de maladies – qui suit en cela souvent les diagnostics posé par les agents de santé –, qui reposent de plus sur des symptômes bien caractéristiques.

A notre connaissance, une telle problématique n’a été posée que par STOCK (1983) pour les pays en voie de développement. Son étude portant sur une région rurale *haoussa* du Nigeria montrait clairement d’importantes variations de friction de la distance selon la maladie considérée. Par exemple, le taux d’utilisation d’un hôpital restait constant sur 30 kilomètres pour la tuberculose, alors qu’il passait de 10 % à 0 % en 31 kilomètres pour les fièvres (y compris le paludisme), de 4 % à 0 % en 27 kilomètres pour l’ulcère tropical et de 8 % à 0 % en 13 kilomètres pour les éruptions cutanées. De telles données sont utiles à la planification sanitaire, surtout lorsque certaines prestations spécifiques sont réservées à quelques services de santé (chirurgie de base, tuberculose, lèpre...). Dans ce cas, l’espace médical officiel d’un tel service de santé est plus large pour ce type de prestations que pour les soins de base qu’il dispense par ailleurs.

L’hypothèse sous-jacente à notre recherche est que certains services de santé – les plus élevés dans la hiérarchie régionale – offrent des prestations en exclusivité à l’échelle régionale, ou pour le moins qu’ils se sont taillé une bonne réputation d’efficacité dans le traitement de l’un ou l’autre type d’affections. Ces dernières devraient alors y être surreprésentées et rester moins sensibles à l’augmentation de la distance. En vertu du système de référence et surtout d’autoréférence qui prévaut dans la sous-préfecture de Ouessè, les services les moins qualifiés ne devraient à l’inverse traiter qu’une palette étroite de maladies courantes. Ces variations entre niveaux hiérarchiques peuvent malheureusement refléter aussi bien la qualité hétérogène des diagnostics que la structure réelle des pathologies examinées. Pour limiter ce risque, nous avons regroupé les diagnostics en 13 catégories, parfois très larges.

Comme par ailleurs de nombreuses maladies frappent surtout certaines catégories d’âge et/ou de sexe, la pertinence de l’hypothèse d’une utilisation préférentielle de certains services de santé selon la maladie pourrait expliquer partiellement les préférences, que nous venons d’exposer, relatives au choix d’un service de santé en fonction du sexe et de l’âge.

Pour vérifier ces hypothèses, les matériaux récoltés sont moins fournis que ceux à disposition pour l’étude de l’utilisation des services de santé en fonction du sexe et de l’âge.

Pour 1992, nous disposons des diagnostics de toutes les nouvelles consultations effectuées par le CSSP de Ouessè, le dispensaire de Tosso, la clinique privée de Laminou, le cabinet de soins infirmiers de Botti, l'hôpital Saint-Martin de Papané (seulement pour les patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè) et l'UVS d'Attata. Mis à part le dispensaire de Djegbé, dont l'activité est négligeable, nous disposons donc de l'ensemble des diagnostics relatifs aux patients des services de santé modernes habitant l'ouest de la sous-préfecture¹. Faute de temps, les diagnostics n'ont pas été relevés pour l'année 1993. Nous connaissons par contre l'ensemble des diagnostics correspondant à toutes les nouvelles consultations effectuées en 1994 dans tous les services de santé publics de la sous-préfecture, sauf au dispensaire de Djegbé. Pour l'hôpital Saint-Martin de Papané, nous disposons des diagnostics de toutes les consultations (nouvelles et anciennes mélangées) effectuées par des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Nous connaissons également les diagnostics posés à l'UVS d'Attata et au poste de secours de Laminou.

Le choix des 13 catégories d'affections est quelque peu arbitraire et peu rigoureux d'un point de vue médical. Elles ne correspondent en tout cas pas à la classification internationale des maladies et traumatismes de l'OMS. Elles ont été choisies et délimitées en fonction de la prévalence apparente locale des maladies, du degré d'explicitation et de fiabilité supposée des diagnostics et parfois de la spécificité de la population cible et des services de santé aptes à prendre en charge de telles pathologies (malnutrition, morsures de serpents, chirurgie et onchocercose). Une affection constitue parfois une catégorie à elle seule (paludisme, onchocercose). Le plus souvent, le spectre des affections regroupées dans une catégorie est fort large (maladies de l'appareil digestif, maladies de l'appareil respiratoire...).

Passons en revue brièvement ces catégories afin d'en préciser le contenu. La catégorie paludisme inclut également le neuropaludisme. Les affections de l'appareil respiratoire englobent aussi bien celles des voies respiratoires supérieures qu'inférieures. Bien souvent, seuls les symptômes toux et fièvres sont mentionnés. Les affections de l'appareil digestif regroupent les diagnostics et symptômes suivants: gastro-entérite, parasitoses intestinales, dysenterie, diarrhée, vomissements, accompagnés ou non de fièvre. A l'exception de l'hôpital Saint-Martin où les examens de laboratoire sont couramment utilisés pour affiner le diagnostic, ceux-ci restent très vagues pour les affections de l'appareil digestif. Les affections des sens concernent essentiellement les yeux et, dans une moindre mesure, les oreilles (l'essentiel de la sphère ORL est rattachée aux affections de l'appareil respiratoire).

Les affections uro-génitales rassemblent toutes les maladies sexuellement transmissibles et tout ce qui relève de la gynéco-obstétrique, y compris la stérilité et les pathologies diverses durant la grossesse (le paludisme notamment). Pour 1992, toutes les consultations prénatales effectuées à l'hôpital de Papané relèvent de cette catégorie, alors que pour 1994, seules les consultations prénatales débouchant sur un traitement y sont incluses. La catégorie des traumatismes (coups et blessures, accidents de la circulation ou du travail, fractures) inclut aussi les empoisonnements, volontaires ou non, et les brûlures. Les affections ostéo-musculaires regroupent essentiellement le "rhumatisme", les courbatures et les douleurs aux articulations. Marasme et kwashiorkor (pas toujours spécifiés) constituent la catégorie malnutrition. Les morsures de serpents et l'onchocercose constituent tous deux une catégorie séparée au contenu explicite. Les dermatoses, au sens très large, incluent également les abcès. La chirurgie désigne les opérations chirurgicales de base. La petite chirurgie (sutures) relève des traumatismes.

Nous avons encore tenté d'individualiser trois autres catégories (autres affections, sans mentions et affections mal définies), que nous avons finalement préféré regrouper en une

¹ Cela n'est en fait pas tout à fait vrai puisque quelques consultations se sont aussi déroulées dans des hôpitaux localisés hors de la sous-préfecture.

catégorie rebut assez disparate. En effet, si la distinction entre ces trois catégories est assez aisée à l'hôpital Saint-Martin, elle s'est souvent révélée peu pertinente pour les autres services de santé. En particulier, la distinction entre sans mention et affections mal définies y est tenue. Il est généralement d'autant plus rare que l'on inscrive explicitement dans le registre son incapacité à poser un diagnostic que le service de santé est de bas niveau. On se contente alors d'enregistrer des symptômes plus ou moins précis. S'agit-il alors d'une absence de diagnostic ou d'un cas de maladie mal définie? Même lorsque le diagnostic paraît clair pour l'agent de santé qui a rempli le registre, il arrive parfois qu'il omette de l'inscrire, par oubli, négligence ou mauvaise compréhension des consignes, comme au dispensaire de Tosso, où pendant plusieurs mois de 1992 l'infirmier se contenta de noter les symptômes. Dans ces cas, si les symptômes – peu variés – et les traitements prescrits nous paraissaient suffisamment explicites, nous en déduisions le diagnostic. Sinon, ces cas passaient dans la catégorie des “sans mentions, mal définis et autres”. Il y a là bien sûr une part d'appréciation personnelle, qui n'améliore pas la fiabilité des diagnostics.

Nous n'avons retenu qu'un seul diagnostic par nouvelle consultation, bien que le patient souffrait parfois de deux ou trois affections. Seul le diagnostic qui semblait motiver la consultation a été retenu, choix qui comporte passablement d'arbitraire. Les vers intestinaux étant très largement répandus, tout particulièrement chez les jeunes enfants, certains agents de santé leur prescrivent volontiers un vermifuge, surtout s'ils ont le ventre ballonné, quel que soit le motif de la consultation. Conformément à des consignes appliquées sans doute avec un peu trop de zèle, certains infirmiers du secteur public enregistrent alors l'enfant une deuxième, si ce n'est une troisième fois, ce qui augmente artificiellement la fréquentation du service de santé. Lorsqu'une parasitose intestinale accompagnait une autre pathologie, type d'associations le plus fréquent, nous avons systématiquement retenu l'autre diagnostic, tant il est vrai que les vers intestinaux sont si communs et apparemment si bénins, qu'ils ne constituent qu'exceptionnellement une cause de consultation en soi.

Dans la pratique, une certaine ambiguïté, et donc une hétérogénéité certaine, flotte sur la manière d'enregistrer les patients. L'abréviation NC, que l'on retrouve dans tous les supports de gestion, désigne-t-elle les nouveaux cas (de maladie) ou les nouvelles consultations? La première interprétation est officiellement la bonne, mais elle peut conduire à une inflation du travail d'enregistrement des patients et surtout à des chiffres plus guère utilisables pour la gestion sanitaire. Notre pratique de ne relever qu'un cas de maladie par nouveau patient est toutefois un peu réductrice, car elle n'autorise qu'une pathologie par consultant, alors que ceux-ci sont parfois soumis à de véritables complexes d'affections multiples dont la synergie ruine la santé (par exemple, parasitose intestinale – malnutrition – paludisme – anémie ou encore malnutrition – parasitose intestinale – rougeole).

Une inégale répartition des pathologies entre les services de santé

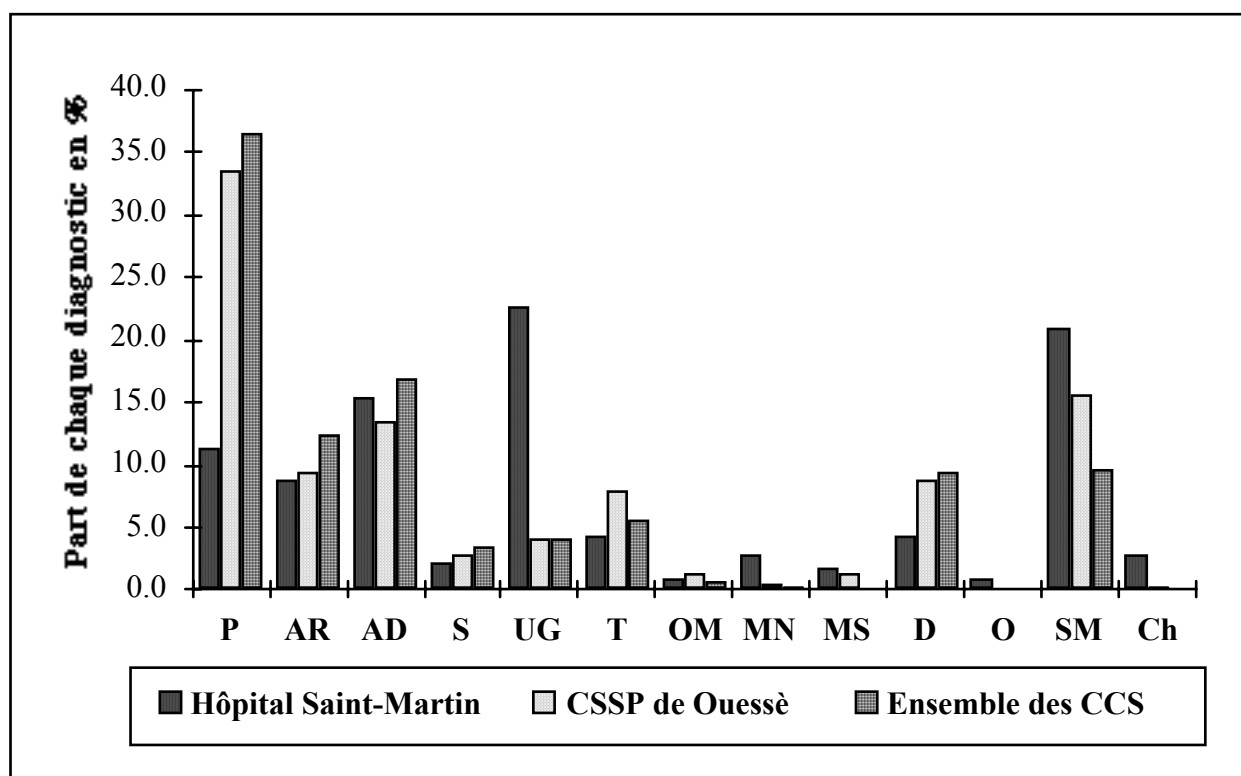
En partant du postulat que les catégories de maladies que nous avons définies sont également réparties dans la population de la sous-préfecture de Ouessè¹, nous pourrions nous attendre à une utilisation homogène, du point de vue du diagnostic, des différents services de santé. Les services de santé jouissant du meilleur accès attireraient bien sûr davantage de patients que les autres, mais la structure des pathologies traitées ne devrait pas varier d'un service à l'autre. Or, nous allons démontrer qu'il n'en est rien. Les services de santé étudiés se distinguent en effet, parfois fortement, par la pathologie de leurs patients ou, plus précisément,

¹ Cette prémisse est heureusement fautive, à moins de nier la pertinence d'une géographie des maladies! Faute de pouvoir connaître l'état de santé par village (ni d'ailleurs globalement pour l'ensemble de la sous-préfecture), nous devons nous contenter de cette approximation, qui n'est par exemple, comme nous le verrons bientôt, pas valable pour notre catégorie la plus liée à un environnement particulier: l'onchocercose.

par les diagnostics posés. Cette distinction n'est d'ailleurs pas du tout anodine et renvoie à des causes différentes de variabilité: les différences observées d'un service de santé à l'autre relèvent-elles de la variabilité du diagnostic d'un agent de santé à l'autre, pour ne pas parler d'erreurs, ou plutôt de comportements de recherche de soins spécifiques de la population, en fonction de l'autodiagnostic qu'elle pose? Ces deux facteurs jouent sans doute de façon concomitante, sans qu'il soit possible d'en mesurer les effets respectifs. Nous montrerons également que le niveau hiérarchique des services constitue une clé de lecture pertinente pour interpréter ces différences. Pour ce faire, nous allons comparer, par niveau hiérarchique, le poids en 1994 de chaque catégorie d'affections parmi l'ensemble des patients de chaque niveau (cf. Figure 72).

Le paludisme

Il est frappant de constater à quel point le poids du paludisme est variable d'un service de santé à l'autre. A l'hôpital Saint-Martin de Papané, le paludisme ne constitue en 1994 que 11,3 % des diagnostics, contre presque 50 % au poste de secours de Laminou. Il faut également relever la bonne corrélation négative entre le niveau hiérarchique perçu des services de santé et la proportion du paludisme parmi les diagnostics: le paludisme est d'autant plus fréquemment diagnostiqué que l'on se trouve dans un service de bas niveau. A cet égard, le CSSP de Ouessè ne se distingue guère des CCS (respectivement 33,6 % et 37,1 % de diagnostics de paludisme). A cet égard, les CCS sont eux-mêmes peu différents de l'UVS d'Attata (40,6 %).



Légende:

P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MN = malnutrition, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

Figure 72

Proportion de chaque pathologie dans chacun des trois niveaux hiérarchiques de services de santé pour des soins curatifs ambulatoires, en 1994 (source: fichier et registres de patients).

Ainsi, pour le paludisme, il existe un fossé entre l'hôpital confessionnel, d'une part, et les établissements publics, d'autre part. Occupant théoriquement le même niveau hiérarchique que l'hôpital Saint-Martin, le CSSP de Ouessè diagnostique proportionnellement trois fois plus de cas de paludisme que lui, aussi bien en 1992 qu'en 1994. Le CSSP se situe ainsi très près de la moyenne nationale qui était en 1993 de 32,1 % de paludisme pour l'ensemble des services de santé formels du Bénin (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994). Il est probable que les diagnostics de paludisme soient nettement plus fiables à l'hôpital confessionnel qu'au CSSP, notamment en raison de l'utilisation beaucoup plus fréquente du test de la goutte épaisse pour confirmer (ou infirmer!) le diagnostic. Il est classique de relever que, pour le personnel de santé le moins qualifié, la plupart des fièvres sont considérées comme du paludisme, alors que les spécialistes affirment qu'aucun signe clinique ne permet de diagnostiquer avec certitude une telle maladie.

Nous pensons toutefois que cette énorme différence entre les deux hôpitaux relève plus des stratégies de recherche de soins par les malades que d'une fiabilité variable des diagnostics. Le paludisme est en effet une maladie très courante et bien connue de la population. Elle connaît des remèdes efficaces et en dispose à proximité, que ce soit à travers l'automédication ou le service de santé le plus proche. Hormis pour les cas les plus graves ou les plus rebelles, nul besoin d'aller chercher au loin ce dont on dispose à proximité. Excentré par rapport à la sous-préfecture de Ouessè, l'hôpital Saint-Martin est peu attractif pour les cas de paludisme courant. Cela est plus vrai encore pour l'ouest de la sous-préfecture, plus éloigné, que pour l'Est. La part du paludisme y est en effet respectivement de 10 % et 12,1 %. Le même raisonnement joue d'ailleurs pour le CSSP: le diagnostic de paludisme est beaucoup plus rare pour les patients venant l'Est (24,9 %), plus éloignés, que de l'Ouest (33,9 %).

Cette corrélation entre proportion du paludisme dans les diagnostics et hiérarchie sanitaire existe aussi pour les deux services de santé privés présents dans l'agglomération de Ouessè en 1992. La clinique privée de Laminou enregistre relativement moins de cas de paludisme que le CSSP (26,5 %). Occupait-elle dans la perception populaire un niveau hiérarchique supérieur à celui du CSSP? Nous sommes tentés de répondre par l'affirmative, du moins pour les premiers mois de fonctionnement, bien qu'elle ne fût dirigée que par un infirmier. Différents facteurs conféraient en effet à cette clinique une aura disproportionnée par rapport à la seule qualification officielle de son directeur: stage de formation de l'infirmier en Europe, pratique de la chirurgie de base à une époque où le bloc opératoire du CSSP n'existait pas encore, utilisation de spécialités plutôt que de médicaments essentiels, notamment beaucoup d'injectables, réputation d'efficacité thérapeutique... et de prix très élevés. Ce n'est plus cette fois, comme pour l'hôpital Saint-Martin, la distance qui limite la proportion des cas de paludisme, mais le prix élevé du traitement. Ce frein était toutefois partiellement contrebalancé par l'effet immédiat de "traitements de cheval"¹, fort appréciés par certains malades.

Le cabinet de soins infirmiers de Botti, tenu par un ancien infirmier du CSSP à la retraite, jouit par contre d'un statut similaire à celui d'un CCS. La part du paludisme parmi les affections traitées (38,5 %) y est d'ailleurs comparable à celle relevée dans les CCS.

Les affections uro-génitales

Le poids des affections uro-génitales parmi l'ensemble des pathologies montre une deuxième différence importante entre l'hôpital confessionnel et les services de santé publics. Elles sont proportionnellement 5,5 fois plus nombreuses à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP ou aux CCS. Il faut bien sûr rappeler que cette comparaison est entachée d'un biais. Pour l'hôpital Saint-Martin, les affections uro-génitales incluent en effet pour 1994 toutes les consultations

¹ Souvent un cocktail de *Quinimax* et de vitamines injectables, d'aspirine, de chloroquine...

prénatales qui débouchent sur un traitement curatif. De plus, toutes les consultations y sont comptabilisées et non pas seulement les nouveaux cas comme dans les services publics. Or, pour un épisode donné, les consultations multiples sont plus fréquentes pour les consultations prénatales que pour les soins curatifs. Cela contribue encore à augmenter le poids des affections uro-génitales dans la pathologie générale de l'hôpital Saint-Martin. D'autre part, les femmes souffrant d'affections uro-génitales se dirigent plus volontiers vers la maternité que vers le dispensaire du CSSP de Ouessè. Or en 1994, les registres de cette maternité étaient mal tenus pour les soins curatifs ambulatoires. Il y a là une sous-notification de ces cas, comme une comparaison avec 1992, année pour laquelle les registres étaient correctement remplis, le fait apparaître. Pour les patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture, les affections uro-génitales constituaient 7,5 % des diagnostics du CSSP en 1992, contre seulement 4,1 % en 1994.

Ces différents biais ressortent clairement d'une comparaison entre les sexes pour les affections uro-génitales. Les hommes ayant un tel diagnostic sont 3,7 fois moins nombreux que les femmes à l'hôpital Saint-Martin, alors que ce rapport tombe à 2,1 au CSSP et à 2,6 dans les CCS. Il n'empêche que les hommes avec des affections uro-génitales sont bien plus nombreux à fréquenter l'hôpital confessionnel que le CSSP ou l'ensemble des CCS, et cela aussi bien en valeurs absolue que relative.

Quant aux deux services de santé les moins qualifiés, ils ne sont pas consultés pour ce genre de problèmes de santé: aucune affection uro-génitale n'a été diagnostiquée au poste de secours de Laminou en 1994 et une seule à l'UVS d'Attata. Relevons encore qu'en 1992 la clinique de Laminou connaissait une proportion élevée d'affections uro-génitales (10,3 %), alors que le cabinet de soins infirmiers de Botti en enregistrait encore moins que les CCS (1,8 %). Il faut y voir une manifestation de plus de la différence de statut attribuée par la population à ces deux établissements, pourtant tous deux tenus par des infirmiers.

Au-delà des biais invoqués, qui ne sont que l'arbre qui cache la forêt, comment expliquer le fort attrait qu'exerce l'hôpital Saint-Martin sur les personnes souffrant d'affections uro-génitales? Sans qu'il nous soit possible de le prouver, nous pensons que l'explication réside essentiellement en une efficacité thérapeutique supérieure relativement aux autres services de santé. Ce qui est sûr par contre, c'est que ce type de problèmes y est traité avec plus d'attention que dans les services publics. Par exemple, les consultations prénatales sont l'occasion d'un dépistage systématique des affections uro-génitales et de leur traitement. Les maladies sexuellement transmissibles étant très fréquentes dans la sous-préfecture (et sans aucun doute bien au-delà!), la proportion de femmes quittant la consultation prénatale de l'hôpital Saint-Martin avec un antibiotique est élevée. Les maris sont de plus eux aussi invités à venir se faire traiter. Il n'est donc pas rare de voir dans le fichier des patients deux fiches successives dont l'une porte le diagnostic d'une MST et l'autre la mention "même problème que sa femme (ou son mari)" en guise de diagnostic.

L'hôpital Saint-Martin s'est également forgé une bonne réputation dans le traitement de la stérilité. Quelle soit primaire ou surtout secondaire, elle résulte souvent de la répétition d'infections génitales. Le traitement efficace de ces infections se révèle donc fréquemment suffisant pour rendre la fertilité aux femmes. Quelques autres conseils et moyens¹, peuvent également se montrer utiles. D'autres personnes sont attirées par la possibilité d'y effectuer un test de grossesse (seul test avec les spermogrammes à payer en sus du forfait de consultation).

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, les consultations uro-génitales sont prises en charge par la consultation générale de l'hôpital Saint-Martin. Selon la complexité du cas, une sage-femme ou un médecin peut être appelé. Au CSSP au contraire, les femmes

¹ Dont le "truc d'air", qui consiste à injecter de l'air sous pression au moyen d'une poire, pour déboucher les trompes.

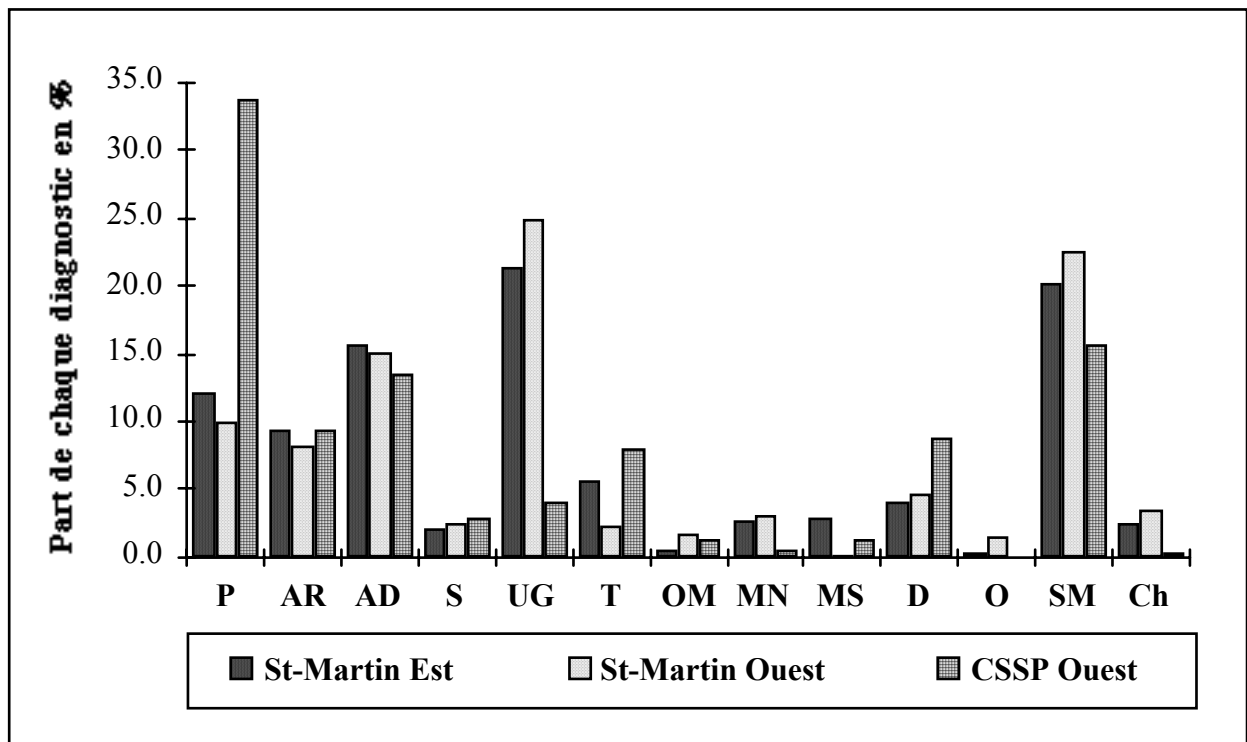
souffrant de telles affections sont dirigées vers la maternité, où les médecins n'interviennent pour ainsi dire jamais. Alors que les visites par les médecins des patients hospitalisés dans les salles relevant du dispensaire de l'hôpital sont biquotidiennes, elles sont beaucoup plus rares dans les salles relevant de la maternité, dirigée par une sage-femme, et s'apparentent plus à des visites de courtoisie qu'à une consultation médicale. Certaines sages-femmes nous ont laissé entendre qu'en matière de gynécologie et d'obstétrique les futurs médecins généralistes suivaient les même cours qu'elles, mais qu'ils n'avaient pas autant d'expérience pratique qu'elles en la matière. Cela expliquerait la timidité des médecins du CSSP de Ouessè face à une maternité dont ils semblent largement se désintéresser. Espérons que la récente possibilité de pratiquer des césariennes revalorisera les médecins et les amènera à se réapproprier ce secteur par trop délaissé.

Au CSSP, la présence de médecins n'apporte donc aucune compétence supplémentaire pour ce type d'affections, ce qui n'est pas le cas à l'hôpital Saint-Martin. Cela constitue un élément de plus montrant que le CSSP est globalement moins performant que l'hôpital confessionnel dans la prise en charge des affections uro-génitales. Un autre élément de preuve serait le nombre important d'analyses d'urines et de frottis vaginaux effectués à l'hôpital Saint-Martin, alors que le CSSP, qui pratique peu d'examens de laboratoire, néglige largement ces analyses.

A l'inverse de ce que nous avons relevé pour le paludisme, l'hôpital Saint-Martin est proportionnellement plus utilisé pour les affections uro-génitales par les patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè que de l'Est (respectivement 24,9 % et 21,5 % du total des diagnostics par région). Cela montre bien que les patients de l'Ouest sont davantage prêts à effectuer un long déplacement pour les affections uro-génitales que pour la plupart des autres problèmes de santé.

L'onchocercose

La prise en charge de l'onchocercose par les services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè les distingue radicalement: de 1992 à 1994, quasi tous les cas d'onchocercose traités l'ont été à l'hôpital Saint-Martin. Est-ce à dire que cet hôpital se trouve près d'un foyer bien localisé d'onchocercose ou, plus vraisemblablement, que les onchocerquiens ne fréquentent pas d'autres établissements, ou encore que les autres services de santé ne savent pas diagnostiquer une telle maladie? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de fournir tout d'abord quelques indications sur cette endémie et son statut dans la sous-préfecture de Ouessè.



Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

Figure 73 Proportion de chaque pathologie selon la provenance chez les patients ambulatoires de l'hôpital Saint-Martin et du CSSP de Ouessè, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

L'onchocercose sévit de façon endémique en Afrique occidentale sahélienne et soudanienne, où elle est liée à la présence d'eau courante. Les larves de la similie (*Simulium damnosum*), petite mouche noire servant de vecteur à *Onchocerca volvulus*, une filaire, ont en effet besoin de remous ou de rapides pour survivre. Dans la sous-préfecture de Ouessè, de telles conditions ne se rencontrent qu'en saison des pluies, tout particulièrement dans deux zones: sur la frontière est de la sous-préfecture, le long de la rivière Okpara et de ses principaux affluents, et surtout sur la frontière ouest, le long du fleuve Ouémé et de son affluent, la Beffa, ainsi que de leurs affluents. Ces deux zones sont traitées hebdomadairement en saison des pluies par des hélicoptères du Programme de lutte contre l'onchocercose de l'OMS (OCP). Les villages de Vossa, dans l'Ouest, et de Yaoui, dans l'Est, servent de points de ravitaillement en carburant et en larvicide.

En 1992, 63 consultations d'onchocerciennes (anciennes et nouvelles consultations réunies) provenant de l'ouest de la sous-préfecture ont été enregistrées à l'hôpital Saint-Martin. Nous ne disposons pas de leur provenance précise, pas plus que du nombre de consultations correspondant pour l'Est. En 1994, le nombre de ces consultations a diminué à 30 pour l'Ouest et se monte à 14 pour l'Est. Il faut sans doute y voir la manifestation la plus aboutie du succès du Programme. Dans certaines zones traitées dès le début du Programme en 1974, comme le Burkina Faso et l'extrême nord-ouest du Bénin, l'onchocercose est considérée comme éradiquée et les traitements ont cessé. Il existe toutefois un risque de réinfestation à partir des zones non traitées, notamment le Nigeria, les similies étant très mobiles (elles se font probablement emporter par des courants d'altitude). La quasi disparition des similies dans la sous-préfecture

de Ouessè constitue un autre indicateur du succès local du traitement des gîtes larvaires. Les employés du Programme, qui viennent régulièrement à Vossa pour y mesurer le niveau de la Beffa et y récolter des simules à des fins d'analyses¹, peinent actuellement à en trouver, alors qu'il y a quelques années encore, des nuages de simules empêchaient de rester au bord de la rivière.

Le nombre plus élevé de cas d'onchocercose dans l'ouest de la sous-préfecture tient à deux facteurs. Tout d'abord, le réseau hydrographique y est plus développé. La ligne de partage des eaux entre le bassin de l'Okpara, à l'est, et celui de l'Ouémé, à l'ouest, se situe très à l'est de la sous-préfecture. Le tracé de la voie ferrée y marque bien la limite entre les deux bassins versants. Il en résulte que les affluents de l'Okpara sont modestes (une dizaine de kilomètres au maximum) et que les rivières de l'Est coulant vers l'ouest ne sont encore que des ruisseaux très sensibles à la pluviométrie. De plus l'Okpara, seule rivière importante de la région, fait frontière avec le Nigeria et seule une de ses rives nous intéresse donc. Ensuite, la population habitant ou travaillant près des gîtes larvaires est bien plus importante à l'Ouest qu'à l'Est. Les villages de Vossa, Tosso et Idadjo ainsi que plusieurs villages et hameaux de colonisation agricole (Wokpa, Beffa...) sont localisés à environ un kilomètre de l'eau. En fait, toute la commune de Gbanlin est ou était concernée par l'onchocercose. De nombreux villages relativement éloignés des rivières sont aussi touchés à travers les séjours saisonniers dans des fermes situées sur les confins des terroirs villageois, souvent près de rivières, notamment l'Ouémé, la Beffa, la rivière Kilibo et la Liga. Hormis Ayétoro, village de colonisation agricole sur l'Okpara à la latitude de Toui, l'Est n'a par contre pas de villages proches d'une rivière de quelque importance. Cela s'explique en partie par l'existence de la forêt classée de Toui-Kilibo, qui borde l'Okpara sur la plus grande partie de son cours dans la sous-préfecture. Ce statut de forêt classée interdit en principe la colonisation agricole. Cela n'est pas absolu puisqu'Ayétoro a été construit à l'intérieur de cette forêt. Du moins, il y a là un frein certain, que les autorités ont décidé de serrer encore plus depuis quelques années.

La différence entre l'Est et l'Ouest du nombre de consultations pour cause d'onchocercose résulte donc d'un niveau d'exposition et d'une population concernée supérieurs pour l'Ouest. Bien que le nombre de consultations soit faible et que la pathologie révélée par les consultations ne présente qu'une image déformée de la pathologie réelle, essayons tout de même de délimiter les zones où sévit encore sporadiquement l'onchocercose en 1994. Dans l'ouest de la sous-préfecture, l'onchocercose n'est pas aussi concentrée dans la commune de Gbanlin que nous l'imaginions. Cette commune y génère tout de même le tiers des consultations pour onchocercose (Gbanlin 2, Tosso 0, Vossa 5 et Idadjo 3). Le reste est assez équitablement réparti entre les autres communes de l'Ouest: Odougba et Ouessè 6 chacun, Laminou et Djegbé 5 chacun. Pour ces quatre dernières communes, le contact hommes – simules ne s'est très probablement pas déroulé dans les villages officiels, mais dans quelque hameau de colonisation agricole relevant de ces villages ou dans une ferme temporaire. A l'Est, c'est le secteur entre Toui et Ayétoro, comprenant Toui Gare, qui est le plus touché (2 à 3 consultations pour chacun de ces villages). Signalons encore 1 à 2 cas éparés dans les villages de Kilibo, Kémon et Idouya.

Comme le prouvent ces chiffres modestes, le succès du Programme de lutte contre l'onchocercose est tel, que cette maladie ne semble plus constituer une priorité de santé publique pour la sous-préfecture de Ouessè, et au-delà pour l'ensemble du Moyen et du Nord-Bénin comme pour de vastes zones d'Afrique occidentale. Devant ce succès probant, mais surtout confrontés à la durée et aux coûts, près de 30 millions de dollars par an pour la quatrième phase (1992-1997) et pour l'ensemble du Programme (OMS, s.d.), l'OMS et les bailleurs de fonds

¹ Les simules, actives pendant la journée, piquent surtout aux jambes. La meilleure technique de capture consiste donc à se transformer en proie, c'est-à-dire à s'exposer en shorts le long de la rivière, et de recouvrir les simules d'un tube dès qu'elles se posent sur les jambes.

préconisent un changement de stratégie. La récente mise sur le marché d'un médicament efficace et sans effets secondaires notoires contre les microfilaires, l'*Ivermectine*, devrait permettre dans un avenir très proche l'arrêt du traitement des gîtes larvaires, au profit de distribution de masse d'*Ivermectine*. Un cachet de ce médicament pris tous les 6 mois suffira à maintenir la charge en microfilaires au-dessous d'un seuil acceptable.

D'une stratégie efficace avec laquelle la population n'a qu'à "regarder passer les hélicoptères"¹ pour être protégée, on devrait passer incessamment à une stratégie nécessitant une implication communautaire ou au moins individuelle. Le coût en sera moindre et/ou sans doute supporté par d'autres personnes (la distribution devrait être gratuite), mais l'efficacité risque aussi de diminuer. On constate en effet que la couverture vaccinale est aujourd'hui loin d'être universelle en Afrique, malgré les efforts colossaux consentis au tournant des années 1990. Comment espérer que le succès soit supérieur pour la prise de l'*Ivermectine* qui s'apparentera pour la population à une vaccination répétée. La "sanction" de l'absence de traitement par l'*Ivermectine* ne sera de loin pas immédiate, si tant est qu'il y en ait une. L'onchocercose est en effet une maladie par accumulation, qui se déclare très progressivement, après des années de piqûres répétées. L'avantage du traitement n'est donc pas immédiatement perceptible. Pour poursuivre l'analogie avec la vaccination, on remarque que la mobilisation pour vacciner les enfants diminue avec le succès de la vaccination. Lorsqu'une maladie a été presque éradiquée depuis longtemps au moyen d'une excellente couverture vaccinale, on en vient à oublier ses anciens ravages et à minimiser l'intérêt de poursuivre encore la vaccination. De même, dans les régions où l'onchocercose n'a jamais atteint l'ampleur catastrophique enregistrée par exemple dans les bassins des Volta, il ne sera pas facile de mobiliser la population à prendre régulièrement un médicament contre une maladie marginale depuis une dizaine d'année.

Le risque d'une recolonisation rapide par les simules des anciens gîtes est pourtant évident, surtout pour le Bénin qui partage une longue frontière avec le Nigeria, qui n'a pas bénéficié du Programme. Nous avons bien peur que les acquis de l'ancienne stratégie (quasi éradication des simules sur des surfaces gigantesques²) soient annihilés à moyen terme, sans que la protection par l'*Ivermectine* ne soit généralisée, ni que l'efficacité de ce traitement reste intacte à long terme. On risque donc dans quelques années de retomber dans la situation antérieure au Programme, avec toutefois l'immense avantage de posséder un médicament efficace et d'utilisation aisée. Nous pensons en effet qu'à moyen terme l'*Ivermectine* a de fortes chances d'être employé plus à usage thérapeutique, sur des cas aigus, que prophylactique. Il est parfois des situations où un programme international vertical paraît plus approprié qu'une multitude d'actions communautaires organisées par chaque Etat³.

Pour la sous-préfecture de Ouessè, c'est paradoxalement le service de santé le plus éloigné de la zone où sévit le plus l'onchocercose qui reçoit presque tous les cas. En trois ans, le dispensaire de Tosso (commune de Gbanlin), pourtant situé en première ligne pour la prise en charge de ce problème de santé, n'a diagnostiqué qu'un cas d'onchocercose. Un peu plus éloigné des foyers, le CSSP de Ouessè et la clinique de Laminou n'ont également enregistré qu'un cas chacun⁴. Aucun autre service de santé moderne de la sous-préfecture n'a enregistré de

¹ Et à ne pas voler les fûts de carburant, ni à jeter n'importe où un larvicide hors de prix pour récupérer le fût, comme cela s'est vu dans certaines régions couvertes par le Programme!

² Il ne faut pas oublier que, outre la suppression de la maladie, l'éradication du vecteur améliore la qualité de vie des riverains par la disparition des nuées de mouches et de leurs très désagréables piqûres.

³ D'une manière générale, nous sommes favorables aux stratégies basées sur la communauté. Sans doute plus délicates à mettre en oeuvre, elles sont habituellement plus efficaces à long terme (mais la participation communautaire n'est pas forcément un gage de réussite).

⁴ Lors de notre premier séjour, en 1992, nous nous étions étonné auprès des médecins du CSSP de Ouessè du fait que cet hôpital ne diagnostiquait aucun cas d'onchocercose alors que des habitants des villages environnants consultaient l'hôpital Saint-Martin à ce sujet. En 1993, le médecin-chef adjoint nous annonça fièrement qu'il avait trouvé un cas d'onchocercose durant l'année écoulée.

cas d'onchocercose entre 1992 et 1994. En 1992, seuls 153 cas ont d'ailleurs officiellement été enregistrés pour tout le pays (207 en 1993). Extrêmement faibles, ces chiffres laisseraient penser que l'onchocercose est en voie d'éradication au Bénin. Bien que son incidence soit probablement en net recul, ces chiffres montrent surtout que les onchocerquiens ne fréquentent guère les services de santé, particulièrement les services publics, et que les statistiques sanitaires béninoises ne sont pas fiables. Pour l'ensemble du Borgou (717'000 habitants), elles n'annoncent par exemple que 28 cas d'onchocercose en 1992, dont aucun hospitalisé, alors que dans ce département le seul hôpital Saint-Martin de Papané, qui fournit pourtant la statistique de ses activités à la Direction départementale du Borgou, a enregistré 63 cas, dont 25 hospitalisés, provenant de la seule moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè (26'000 habitants).

Comment expliquer que les cas d'onchocercose ne soient pas pris en charge localement par les services de santé publics? Nous pouvons avancer une hypothèse. Les services de santé publics n'ont pas ou plus l'occasion de diagnostiquer l'onchocercose car les onchocerquiens ne les consultent plus après avoir pris conscience de leur incapacité à traiter cette maladie. Ce qui implique également que la population sait la diagnostiquer.

Contrairement à l'hôpital Saint-Martin, le CSSP de Ouessè ne dispose d'aucun médicament contre l'onchocercose. Efficaces, les anciens traitements se révélaient d'un usage délicat en raison d'éventuels effets secondaires graves. Pour cette raison, les onchocerquiens étaient souvent hospitalisés durant tout le traitement (5 jours) à l'hôpital Saint-Martin. Les deux médicaments disponibles n'étaient donc pas adaptés à une utilisation en dispensaire. L'apparition de l'*Ivermectine* au début des années 1990 a révolutionné le traitement de l'onchocercose, puisque l'on dispose ainsi d'un médicament tout aussi efficace, à prise orale unique et sans effets secondaires. Le Programme de lutte contre l'onchocercose organise désormais des distributions de masse d'*Ivermectine* dans les zones infestées, via des comités villageois. Quelques distributions de ce genre ont déjà eu lieu dans la sous-préfecture de Ouessè et certains comités conservaient même un petit stock d'*Ivermectine*, à Gbanlin et à Djegbé notamment. Par contre, aucun service de santé public de la sous-préfecture ne dispose de ce médicament "miracle", alors que l'hôpital Saint-Martin l'a obtenu dès que possible.

Nous avons clairement le sentiment que les agents de santé publics se désintéressent de l'onchocercose, dans la mesure où un projet international, qui s'occupe d'ailleurs davantage de traiter les gîtes à simules que de soigner les malades, existe tout spécialement pour cette grande endémie. Exemple même de l'action verticale et technocratique, le Programme de lutte contre l'onchocercose a jusqu'ici remporté des succès extraordinaires, probablement en raison même de sa structure verticale. Mais maintenant que se dessine une nouvelle stratégie de lutte, cet avantage devient un handicap car les services de santé n'ont pas ou guère été impliqués jusqu'à présent dans la prévention et le traitement de l'onchocercose. Tout au plus, les infirmiers des zones infestées ont collaboré au dépistage des personnes malades et parfois à la distribution d'*Ivermectine*. Mais il s'agissait bien plus de la mise à disposition momentanée de ressources humaines pour des actions ponctuelles, que d'une insertion des dispensaires locaux dans la stratégie de lutte. Nous en voulons pour preuve que les résultats des dépistages devaient être communiqués au Programme, qui se chargeait de leur exploitation et éventuellement du traitement des malades.

Lorsque nous avons fait part au médecin-chef de la sous-préfecture de l'absence de diagnostic d'onchocercose dans les services de santé publics, alors que cette maladie sévissait toujours dans la région et que les malades allaient jusqu'à l'hôpital Saint-Martin pour se faire traiter, il ne nous a fourni que des réponses insatisfaisantes, minimisant, voire niant le problème. Il a commencé par mettre en doute la fiabilité des diagnostics d'onchocercose de l'hôpital confessionnel, arguant que les symptômes ne sont pas si explicites. Ce n'est pas l'avis de

nombreux médecins, ni même semble-t-il celui des habitants des zones infestées. De plus, en cas de suspicion, un examen au microscope d'un prélèvement cutané systématiquement est effectué à l'hôpital Saint-Martin. Selon le médecin-chef du CSSP, un tel examen de laboratoire ne peut pas être effectué dans son établissement, l'appareil spécialement conçu pour les prélèvements faisant défaut. Selon le technicien de laboratoire du CSSP, une simple lame de rasoir fait très bien l'affaire. Il se dit capable d'identifier des microfilaries au microscope. Mais personne ne lui demande un tel examen. De leur côté, les infirmiers du CSSP, qui effectuent la majorité des consultations, ignorent que le technicien pourrait, le cas échéant, effectuer ce type d'analyses et ne lui en demandent donc pas (à supposer que des onchocerciens fréquentent encore le CSSP et que l'infirmier suspecte cette maladie).

Il est de plus bien démotivant de diagnostiquer une maladie contre laquelle on ne dispose d'aucun moyen ... et contre laquelle on ne cherche pas à en obtenir. A la question, toute théorique on l'a vu, "si vous diagnostiquez un cas d'onchocercose, que pouvez-vous faire?", nous avons obtenu d'un infirmier du CSSP une réponse sidérante, qui montre toute son impuissance, acceptée, face à cette maladie: "Je l'envoie au dispensaire de Tosso, pour que l'infirmier lui dise quand les gens du Programme viendront la prochaine fois, pour qu'il se fasse traiter par eux" (ils viennent au mieux tous les six mois!). Nous avons là le cas assez original d'un CSSP qui pourrait référer vers un infirmier de CCS. Cette réponse est également révélatrice de la césure existant entre le Programme de lutte contre l'onchocercose et les services de santé implantés sur le front de l'endémie, dont le responsable ignore tout de leur calendrier d'activités dans sa sous-préfecture. Si par le passé un onchocercien, de Vossa par exemple, a été envoyé par l'infirmier du dispensaire voisin de Tosso au CSSP de Ouessè, à 10 kilomètres, et qu'il y a obtenu la même réponse que nous de la part d'un infirmier ou du médecin, nous ne nous étonnons plus de constater l'absence de diagnostics d'onchocercose dans les services de santé publics.

Notre hypothèse expliquant l'absence de diagnostics d'onchocercose dans les services de santé public est donc largement vérifiée. Plus encore qu'une absence de capacité diagnostique, il y a absence de traitement, et la population délaisse fort rationnellement les services de santé publiques pour ce problème. L'infirmier de Tosso résume lucidement et sans détour la situation: "Je sais reconnaître l'onchocercose et la population aussi. Comme la population sait que le dispensaire n'a pas d'*Ivermectine*, elle ne consulte pas pour ça." Cette affirmation est confirmée par le chef de village de Gbanlin: "La population reconnaît l'onchocercose. Elle sait qu'à Ouessè [au CSSP] ce n'est pas efficace."

Le problème de santé publique constitué par l'onchocercose est en passe d'être réglé au Bénin (bien que la nouvelle stratégie de lutte, contre les microfilaries plutôt que contre les vecteurs, bouleversera peut-être la donne à moyen terme). On ne peut pas dire que les services de santé publics y aient contribué. Seul le résultat compte, diront certains. La manière ne nous paraît pourtant pas indifférente. Quelle opinion se forge la population de ses services publics, qui ne peuvent rien pour la soulager, alors que plus loin, un hôpital confessionnel administre la preuve éclatante que le mal dont elle souffre est curable?

La chirurgie de base

Outre le traitement des affections uro-génitales, de la tuberculose et de l'onchocercose, l'hôpital Saint-Martin bénéficie encore d'un quatrième grand point fort thérapeutique: la chirurgie. Pendant longtemps, cet hôpital disposait du seul bloc opératoire de la région, le prochain se trouvant à Parakou, à plus de 100 kilomètres de Ouessè. Cet équipement, simple mais fonctionnel pour la chirurgie de base, constitue l'un des atouts de cet hôpital et contribue d'autant plus à en rehausser le prestige qu'il est fréquemment utilisé (559 opérations en 1994).

Presque toutes les personnes opérées de la sous-préfecture de Ouessè sont passées par l'hôpital Saint-Martin. Certains ont "découvert" cet hôpital à l'occasion d'une césarienne ou d'une hernie.

Dès le début de l'année 1992, l'hôpital confessionnel n'est plus, pour les habitants de l'ouest de la sous-préfecture, un passage quasi obligatoire en cas de besoins chirurgicaux. La clinique privée de Laminou, dans l'agglomération de Ouessè, ouvre en effet ses portes et prend en charge certaines opérations. Toutefois, comme le chirurgien vient du Sud sur demande, les patients avec des urgences chirurgicales continuent à se rendre à l'hôpital Saint-Martin. En termes de santé publique, l'apport de cette clinique est faible pour la chirurgie, puisque c'est justement la prise en charge des urgences chirurgicales, césariennes, hernies étranglées et grossesses extra-utérines surtout, que cette population enclavée attendait avec impatience. La clinique de Laminou pratiquait essentiellement des hernies programmées. Même pour ces opérations planifiées, certains patients préféraient encore l'hôpital Saint-Martin, nettement plus lointain, mais aussi moins cher (en frais directs du moins) et surtout plus rassurant¹. Une année environ après son ouverture, cette clinique était pour ainsi dire en cessation d'activité, les patients la désertant. Son directeur se serait d'ailleurs brouillé avec le chirurgien, entraînant assez rapidement la fin des opérations chirurgicales.

Au printemps 1994 s'est enfin ouvert le bloc opératoire du CSSP de Ouessè. Le démarrage s'est effectué lentement mais sûrement. La demande était et restera modeste, l'aire de recrutement des patients se limitant à l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Là encore, une partie des patients potentiels préfèrent encore se faire opérer à l'hôpital Saint-Martin, le handicap de la distance étant compensé par une réputation bien assise. Pour les opérations chirurgicales, les prix pratiqués dans les deux hôpitaux sont similaires. En effet, indépendamment du coût de revient qui n'a pas été calculé, les prix proposés au CSSP ont quasi été calqués sur ceux de l'hôpital concurrent.

L'essentiel pour le service de chirurgie du CSSP est de gagner progressivement la confiance de la plupart des utilisateurs potentiels². Il s'agit, pour les deux médecins généralistes qui ont suivi un stage de chirurgie d'environ deux mois avant l'ouverture du bloc opératoire, de s'aguerrir en évitant les prises de risques inutiles et surtout tout accident. La population suit avec intérêt l'évolution de ce service. Et c'est justement sur cette période de plus grande fragilité (mise en place, rodage, personnel encore peu qualifié) qu'elle se forgera une opinion qui sera largement déterminante pour la survie de la chirurgie au CSSP.

Cette nécessaire prudence initiale, qu'il faudra cependant bien dépasser un jour, ainsi que l'absence d'une réelle permanence chirurgicale, expliquent que les quelques dizaines premières opérations étaient presque toutes programmées (des hernies essentiellement). Si le service chirurgical du CSSP tient à jouer le rôle qui justifiait son ouverture et à s'affirmer comme un centre chirurgical sérieux, il devra rapidement pouvoir s'organiser pour recevoir en tout temps toutes les urgences chirurgicales. Avec deux médecins formés à la chirurgie et des infirmiers formés ou en cours de formation comme instrumentistes et anesthésiste, cela est techniquement

¹ L'infirmier dirigeant la clinique s'est toujours montré évasif sur les prix pratiqués pour les opérations chirurgicales. De même, nous n'avons jamais pu savoir avec certitude qui pratiquait les opérations dans sa clinique. Il laissait entendre qu'il pratiquait lui-même certaines opérations, alors que, selon d'autres sources, il faisait systématiquement venir un chirurgien pour l'occasion. Sentant bien que les moyens à disposition, l'hygiène de la "salle d'opération" et peut-être aussi la qualification du "chirurgien" et de ses aides étaient loin d'être irréprochables, le directeur a toujours fait preuve de beaucoup de discrétion sur les activités chirurgicales de la clinique, d'autant plus que, comme la plupart des établissements privés, elle ne bénéficie d'aucune autorisation officielle.

² Nous avons écrit ce chapitre en 1996, en utilisant le présent pour décrire le processus de mise en place de la chirurgie, soit la première année d'activité. Au début de l'année 1998, nous avons appris que le médecin-chef avait été muté et que le médecin-chef adjoint l'avait remplacé, sans bénéficier d'un nouvel adjoint. Ce départ apporta quasi le coup de grâce à un service de chirurgie déjà moribond.

tout à fait réalisable. Tout est question d'organisation et de volonté. A ce sujet nous avons malheureusement quelques sujets d'inquiétude.

L'ouverture du bloc opératoire, réclamée depuis la reconstruction de l'hôpital aussi bien par la population que par les agents de santé, est une occasion unique de revaloriser à la fois le CSSP et le statut des médecins et infirmiers. En contrepartie, elle impose aussi des contraintes, dont certains semblent parfois vouloir s'affranchir. Les agents de santé sont maintenant au pied du mur. Il ne leur est, par exemple, plus possible de justifier la faible utilisation du CSSP relativement à l'hôpital Saint-Martin par l'absence d'un service de chirurgie qu'on leur refusait¹. Il ne leur devrait également plus être possible de considérer que l'hôpital Saint-Martin est de toute façon là pour prendre en charge les cas qu'ils ne veulent ou ne peuvent pas assumer, faute d'organisation et d'autodiscipline. Cela implique une garde chirurgicale permanente. C'est évidemment lourd à supporter, mais la réputation d'un hôpital est aussi à ce prix. Depuis 1987 environ, une telle garde, sans faille, existe à l'hôpital Saint-Martin. La lente mais régulière montée en puissance de cet établissement y doit certainement quelque chose. Le succès ne tombe pas du ciel, même pour un hôpital confessionnel.

Jusqu'à présent², la population est globalement satisfaite de la marche du service de chirurgie du CSSP. Certains relèvent avec plaisir qu'il n'y a pas eu de morts. Cependant, ici et là nous avons entendu des récriminations. Elles sont peut-être excessivement sévères vu l'extrême jeunesse de ce service, mais elles révèlent des problèmes réels qu'il s'agit de résoudre rapidement. La population a en effet le choix entre un service chirurgical éprouvé depuis longtemps et un service balbutiant. On ne peut lui reprocher d'effectuer des comparaisons et de choisir encore souvent l'hôpital qui paraît le plus sûr. C'est pourquoi la période probatoire pour le CSSP ne sera plus très longue encore. Si un solide capital de confiance n'est pas rapidement acquis, ce nouveau service de chirurgie sera condamné à végéter et donc à régresser faute d'une pratique suffisante. Ce pourrait être le début d'un cercle vicieux. La faiblesse du nombre d'opérations ne justifiera plus l'organisation d'une garde chirurgicale, ce qui détournera toujours plus de patients vers l'hôpital Saint-Martin. Au pire, la sous-utilisation notoire du bloc opératoire pourrait ne plus justifier l'installation d'un médecin sachant opérer après le départ de l'équipe actuelle.

Il ne s'agit pas de peindre le diable sur la muraille, mais bien d'être conscient que rien n'est gagné d'avance. Il convient donc d'être attentif aux griefs suivants:

- les opérations dureraient beaucoup plus longtemps au CSSP qu'à l'hôpital Saint-Martin, ce qui entame la confiance des parents qui attendent à l'extérieur en la compétence des médecins;
- l'hospitalisation consécutive à une opération chirurgicale serait également beaucoup plus longue au CSSP qu'à l'hôpital confessionnel;
- la prise en charge des urgences chirurgicales n'est pas assurée en permanence.

A ce sujet, la mésaventure subie par une famille d'Idouya, 18 kilomètres à l'est du CSSP de Ouessè, vaut la peine d'être contée tant elle est exemplaire. Un père avait été satisfait des soins dispensés à son bébé hospitalisé au CSSP pour un paludisme grave. Ce passage à l'hôpital lui avait permis d'entrevoir le nouveau bloc opératoire, qui l'avait favorablement impressionné. Quelque temps plus tard, son frère eut une hernie étranglée. Ce dernier voulu se rendre rapidement à l'hôpital Saint-Martin, pour s'y faire opérer. Mais l'homme réussit à persuader son

¹ Jusqu'à l'ouverture du bloc opératoire – mais est-ce que cela a changé après? – deux des cinq salles d'hospitalisation du CSSP (hors maternité), soit 16 lits sur 40, ont été condamnées, sur le papier du moins. Selon le médecin-chef, ces lits correspondaient au service de chirurgie non encore fonctionnel. Le premier résultat de ce petit tour de passe-passe était une nette amélioration du taux d'occupation des lits, fort médiocre, de l'hôpital.

² Février 1995.

frère qu'il valait mieux aller au CSSP de Ouessè, plus proche. Un transport en taxi fut organisé. Arrivé au CSSP, on les informa que le docteur n'était pas là et qu'ils avaient intérêt à rechercher un autre taxi pour filer sur l'hôpital confessionnel. Ce qu'ils firent. A l'hôpital Saint-Martin, l'opération se déroula sans tarder et avec succès. L'homme qui avait conseillé à son frère et à sa famille de se rendre au CSSP plutôt qu'à l'hôpital habituel tremblait encore en nous racontant cette histoire, à l'idée que le retard consécutif à son mauvais conseil eût entraîné la mort de son frère. Cette homme nous a assuré qu'à l'avenir lui et sa famille se rendront directement à l'hôpital Saint-Martin en cas de besoin. Cette histoire est connue d'au moins tout le village et son impact ne se limite assurément pas à la famille directement concernée.

En 1994, la chirurgie constituait le motif de consultation de presque 3 % des patients de l'hôpital Saint-Martin issus de la sous-préfecture de Ouessè, mais de 12,8 % des hospitalisés provenant de cette sous-préfecture. Ces valeurs sont plus élevées pour les patients provenant de l'Ouest (respectivement 3,4 % et 18,5 %) que de l'Est (2,6 % et seulement 10,2 %). Ces chiffres montrent bien que, vu leur gravité et la quasi absence d'une offre de substitution, les cas chirurgicaux sont moins sensibles à l'augmentation de la distance que d'autres problèmes de santé.

La part des opérations chirurgicales parmi les diagnostics du CSSP en 1994 est beaucoup plus faible (0,4 % et environ le double si l'on annualise cette activité apparue en cours d'année). Cette différence traduit fort bien le fait que l'hôpital Saint-Martin est largement utilisé comme centre de référence et que l'on y vient donc parfois de fort loin, notamment pour des opérations qui y sont nettement moins chères que dans les hôpitaux publics. A l'inverse, très peu de patients extérieurs à l'ouest de la sous-préfecture se rendent au CSSP, même pour s'y faire opérer (aucun cas jusqu'à présent).

La malnutrition

Tout comme les affections uro-génitales, les diagnostics de malnutrition (marasme et kwashiorkor) pèsent d'un poids d'autant plus lourd dans la pathologie générale de chaque service de santé que celui-ci est élevé dans la hiérarchie sanitaire. Cette corrélation, également vérifiée en 1992, ne doit cependant pas faire oublier que partout la malnutrition ne représente qu'une très faible part des consultations. Il est clair que ce problème de santé est nettement sous-évalué. D'une part,

la malnutrition n'est pas perçue comme un problème par le personnel et pourtant c'est un problème important dans le Zou de par sa fréquence, sa gravité. Le personnel n'est pas formé à la prise en charge de la malnutrition, que ce soit le dépistage de la malnutrition fruste ou de la récupération d'un kwashiorkor (PMSBS, 1993).

D'autre part, les parents eux-mêmes ne semblent pas y attacher beaucoup d'importance ou du moins reconnaître les symptômes de malnutrition comme un véritable problème de santé: "Il y a beaucoup de malnutrition, du marasme et du kwashiorkor. Elle est particulièrement fréquente pendant les travaux champêtres. Cela est dû à la négligence. Seuls les cas très avancés arrivent à l'hôpital" [une sage-femme du CSSP]. Le président du COGEC de Gbanlin insiste sur le fait que la malnutrition, surtout présente chez les jeunes enfants, serait rarement d'origine économique, même s'il venait aussi d'affirmer que "en période de soudure, tous ne mangent pas à leur faim. (...) La malnutrition n'est pas due à la pauvreté. Elle est due à la négligence et au manque d'éducation. Surtout à la négligence, car ils connaissent maintenant avec le centre social [le centre social avait peu auparavant fait un suivi de croissance et dispensé des conseils nutritionnels durant une demi année à Gbanlin]. En principe c'est le père qui doit nourrir sa famille, mais les femmes doivent parfois aider. Mais parfois il y a aussi de réels problèmes

d'argent. Actuellement, il y a beaucoup moins de ventres ballonnés et le marasme est très rare. Tous savent reconnaître l'anémie, l'oedème et le kwashiorkor¹."

Les cas de malnutrition constituent tout de même presque 3 % des consultations à l'hôpital Saint-Martin, avec peu de différence entre les patients de l'Est et de l'Ouest. La malnutrition est par contre quasi absente du CSSP (0,5 % des cas) et des CCS (0,3 %). Aucun cas n'a été signalé en 1994 au poste de secours de Laminou ou à l'UVS d'Attata. Le suivi de croissance des enfants et les conseils nutritionnels relèvent d'ailleurs du Centre social pour une bonne partie de l'ouest de la sous-préfecture et ils sont souvent peu pratiqués par les sages-femmes ailleurs. Les cas de malnutrition parvenant jusqu'aux services de santé sont généralement très avancés. Cela explique peut-être pourquoi on recherche alors un service de santé de rang élevé.

Les "sans mention de diagnostic, les diagnostics mal définis et autres affections"

La proportion de la catégorie hétéroclite des "sans mention, mal définis et autres affections" distingue également les trois niveaux hiérarchiques de services de santé. Cette catégorie est d'autant plus importante que le service de santé est élevé dans la hiérarchie. Cela est essentiellement dû à la sous-catégorie des "autres affections", maladies clairement diagnostiquées mais inclassables dans nos 12 catégories d'affections. Comme nous le verrons plus en détail dans la cinquième partie, la diversité des diagnostics dans les services de rang les plus élevés est en effet plus grande que dans les services du premier échelon. Par exemple, deux tiers des diagnostics rassemblés dans cette catégorie à l'hôpital Saint-Martin sont des affections diverses impossibles à ventiler dans nos 12 autres catégories: rougeole, anémie, haute tension artérielle... A l'inverse dans les CCS, cette catégorie est constituée essentiellement d'absence de diagnostics ou de diagnostics flous. Le CSSP de Ouessè occupe à cet égard une position intermédiaire. L'hôpital Saint-Martin, c'est-à-dire l'établissement le mieux considéré par la population, mentionne explicitement plus que tout autre service, et de loin, ne pas pouvoir poser un diagnostic clair. A notre avis, il s'agit là plutôt d'un gage de qualité du travail diagnostic. Relevons encore que pour les patients de l'hôpital Saint-Martin provenant de l'est de la sous-préfecture de Ouessè la catégorie des sans mention de pathologie et pathologies mal définies (à l'exclusion des autres pathologies) constitue 6,5 % des diagnostics, contre 11,1 % pour les patients provenant de l'Ouest. Il s'agit d'un indice supplémentaire montrant que les habitants de l'Ouest, plus éloignés, utilisent plus que ceux de l'Est l'hôpital confessionnel comme centre de référence et surtout d'autoréférence. La proportion des cas difficiles à élucider y est donc logiquement plus élevée.

Les traumatismes

La plupart des traumatismes sont assez légers. Ils nécessitent du désinfectant et un pansement, parfois une suture, beaucoup plus rarement la pose d'un plâtre ou une intervention chirurgicale. De plus, leur traitement est perçu comme plus urgent que celui de la plupart des cas de maladie. Dans la recherche de soins en cas de traumatisme, c'est donc une logique de proximité qui prévaut généralement. Il n'est dès lors pas étonnant de constater que les traumatismes occupent une place plus importante dans la pathologie générale du CSSP de Ouessè (8,1 %), au centre d'un bassin de population important, que dans celle de l'hôpital Saint-Martin, excentré (4,4 %). Cette logique de proximité est particulièrement perceptible si l'on distingue pour ce dernier hôpital les patients provenant de l'Est (5,7 % de toutes les

¹ Dans la commune voisine d'Odougba, nous avons vu une fillette avec le ventre ballonné et des oedèmes. Son père, qui ne parlait pas français, nous la montra avec fierté en faisant un signe explicite indiquant qu'elle était forte. Dans le Zou central, un médecin avait convoqué les villageois pour une séance de sensibilisation à la malnutrition. Lorsqu'il sortit des posters montrant des enfants avec le kwashiorkor et le marasme, il déclencha l'hilarité générale.

consultations relèvent de traumatismes) de ceux de l'Ouest (seulement 2,3 %). La légèreté de la plupart de ces cas joue aussi en faveur des services de santé les plus bas dans la hiérarchie sanitaire: UVS d'Attata (presque 10 % de traumatismes parmi les diagnostics), poste de secours de Laminou (8,1 %) et dans une moindre mesure CCS (5,7 %).

Les morsures de serpents

Les morsures de serpents constituent un cas particulier de traumatismes. Ici encore joue le principe de la proximité. Mais le mobile est différent. Il ne s'agit plus de se limiter au service de santé le plus proche pour éviter un surcoût jugé inutile pour des traumatismes légers, mais bien d'obtenir le plus rapidement possible une injection de sérum antivenimeux. Mais ce désir d'une prise en charge rapide, donc locale, est perturbé par une faible disponibilité en sérum. Plusieurs CCS ne disposent en effet pas de sérum, parce qu'ils n'ont pas de réfrigérateur pour le conserver. Ce sont donc les deux hôpitaux, où l'on est sûr d'en trouver, qui reçoivent presque tous les cas de morsures de serpents. Ces derniers représentent 1,8 % des diagnostics à l'hôpital Saint-Martin et 1,3 % au CSSP de Ouessè. Il sont quasi nuls pour l'ensemble des CCS (0,2 %), et encore, certains de ces cas ont dû être référés. Vu l'urgence de traiter ce type de traumatismes et l'existence d'une offre équivalente au CSSP de Ouessè, les morsures de serpents sont le seul problème de santé pour lequel les habitants de l'Ouest ne se rendent (quasi) pas à l'hôpital Saint-Martin (cf. Figure 73).

Les dermatoses

Tout comme pour le paludisme, les dermatoses sont d'autant plus présentes que l'on descend dans la hiérarchie sanitaire. Elles constituent 4,3 % des diagnostics à l'hôpital Saint-Martin, mais 26,5 % à l'UVS d'Attata. Remarquons qu'il est très difficile dans cette UVS de distinguer clairement les traumatismes des dermatoses au sens large, le diagnostic mentionnant souvent plaie ou plaie infectée. Toujours est-il que les traumatismes et les dermatoses y représentent ensemble 36,3 % des nouveaux cas, soit un taux d'utilisation pour ces diagnostics de 165 % en 1994, à comparer aux 44 % pour l'ensemble des services de santé de la sous-préfecture. Cela montre bien que la prise en charge locale et à bas prix des traumatismes légers et des plaies diverses permet l'expression massive de tels besoins. Comme de plus à l'UVS d'Attata le renouvellement de la désinfection et du pansement est gratuit, les patients reviennent souvent (jusqu'à 10 ou 12 fois!) pour le même cas de traumatisme ou de plaie infectée. Une utilisation similaire des autres services de santé pour des traumatismes légers et des plaies reste rare. L'UVS joue donc là un rôle spécifique dans la prise en charge de cas bénins, mais qui pourraient s'aggraver par surinfection.

Maladies gênantes par le prurit qu'elles peuvent occasionner, les dermatoses restent toutefois le plus souvent bénignes. Cela explique le faible attrait qu'exerce le lointain hôpital Saint-Martin sur les personnes qui en souffrent. Cependant, à l'hôpital Saint-Martin, les dermatoses pèsent aussi lourd dans les diagnostics des patients de l'Ouest que dans ceux de l'Est, ce qui est contraire au schéma général pour les maladies bénignes.

Les affections de l'appareil respiratoire, des sens et de l'appareil digestif

Les affections de l'appareil respiratoire et celles des sens sont elles aussi proportionnellement d'autant plus nombreuses que l'on descend dans la hiérarchie sanitaire. Mais les écarts restent modestes. Les affections respiratoires ne sont étonnamment quasi pas représentées à l'UVS d'Attata, alors qu'elles constituent environ 10 % de toutes les consultations dans la sous-préfecture de Ouessè. Y sont-elles masquées sous le diagnostic fièvre

que, faute de mieux, nous avons interprété comme paludisme, ou bien la population se détourne-t-elle de l'UVS pour ce type de maladies?

Les affections de l'appareil digestif, deuxième catégorie de diagnostics par le nombre, n'offre pas de régularité dans sa distribution entre les différents niveaux hiérarchiques de services de santé. Pour elles, l'hôpital Saint-Martin exerce proportionnellement la même attraction sur l'est et l'ouest de la sous-préfecture.

Les affections ostéo-musculaires

Pour terminer ce tour d'horizon de la proportion des différentes pathologies au sein de chaque type de services de santé, voyons le cas, assez particulier, des affections ostéo-musculaires. Fort rarement diagnostiquées (1 % des diagnostics de toute la sous-préfecture), les affections ostéo-musculaires sont surreprésentées au CSSP de Ouessè. Mais ce qui fait vraiment l'originalité de ce diagnostic, c'est qu'il concerne surtout des patients habitant l'ouest de la sous-préfecture, quel que soit le type de services de santé considéré. Même à l'hôpital Saint-Martin nous retrouvons une situation observée seulement pour l'onchocercose: les patients de l'Ouest souffrant d'affections ostéo-musculaires y sont plus nombreux que ceux de l'Est (respectivement 1,7 % et 0,5 % du total des consultations de chaque région). En chiffres absolus pour 1994, l'ensemble des services de santé ont enregistré 43 cas provenant de l'Est et 133 de l'Ouest, pour une population équivalente entre ces deux moitiés de la sous-préfecture.

Tout comme l'onchocercose et contrairement au postulat que nous avons dû admettre plus haut, ce type d'affections frapperait-il davantage les habitants de l'Ouest que ceux de l'Est? Bien qu'elle n'ait pas été réalisée dans ce but et souffre donc de carences méthodologiques, notre enquête sur les itinéraires thérapeutiques auprès de 650 ménages tend à confirmer cette hypothèse. Trente personnes sur 5'327 y affirmaient avoir souffert de "rhumatismes" pendant le mois précédant l'enquête. Même si les "rhumatismes" n'épuisent pas totalement la catégorie des affections ostéo-musculaires, cette enquête révèle un taux de "rhumatismes" de 8,3 ‰ pour l'Ouest et de seulement 1,4 ‰ pour l'Est. Comme ces affections frappent en principe surtout les personnes âgées et celles qui fournissent un effort physique intense, il serait tentant, mais sans doute bien léger, d'invoquer ici les qualités de grands cultivateurs dont se parent les gens de l'Ouest, par opposition aux "paresseux" de l'Est qui vivraient surtout de trafic et de commerce. Par ailleurs, la proportion de personnes de 45 ans et plus est un peu supérieure dans l'Est (13,3 %) que dans l'Ouest (12,2 %). Ce n'est donc pas la différence de structure par âge entre l'Est et l'Ouest qui explique les différences de prévalence des affections ostéo-musculaires, au contraire.

Les "rhumatismes" constituent une part importante des affections ostéo-musculaires relevées dans les registres de santé. Or, il nous est apparu que ce que la population appelle "rhumatisme" englobe la drépanocytose, malformation génétique des globules rouges, qui conduit périodiquement à des sortes de crampes terriblement douloureuses, puis à des infirmités si le malade atteint l'âge adulte. La consanguinité augmente le risque de drépanocytose. Il n'est donc pas exclu que les pratiques matrimoniales des *Mahi*, à l'Ouest, les prédisposeraient davantage à la drépanocytose que celles des *Nagot*, à l'Est. Selon le médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin, les *Peul* seraient particulièrement touchés par la drépanocytose. Cela n'est pas étonnant sachant qu'ils pratiquent une endogamie ethnique stricte (et sans doutes des formes d'endogamie de groupe plus restreints encore) et qu'ils ne constituent que 4,4 % des habitants de la sous-préfecture, soit 2'272 personnes en 1992. De nos entretiens avec les notables *peul* du *gbaffo* (hameau *peul*) situé en bordure de l'agglomération de Ouessè, il est ressorti que quatre personnes sur environ 280 y souffraient très probablement de la forme la plus aiguë de drépanocytose.

Pour expliquer l'écart des taux d'utilisation entre l'Est et l'Ouest pour les affections ostéo-musculaires, nous pourrions aussi évoquer une perception différente de cette maladie dans les deux moitiés de la sous-préfecture, qui amènerait un groupe à consulter davantage que l'autre, pour des besoins similaires. Nous ne disposons d'aucun élément étayant cette hypothèse, qui peut d'ailleurs être retenue pour chaque catégorie de pathologies. Seules des investigations anthropologiques approfondies, qui dépassent nos objectifs, permettraient de la vérifier ou de la rejeter.

Si nous ne pouvons pas réellement expliquer cette forte différence du niveau d'utilisation, elle n'en demeure pas moins bien réelle. Le nombre de diagnostics d'affections ostéo-musculaires en 1992 concorde parfaitement avec celui de 1994 et cela aussi bien pour l'hôpital Saint-Martin, que le CSSP de Ouessè ou le dispensaire de Tosso.

Nous avons ainsi montré que les habitants de la sous-préfecture de Ouessè n'utilisent souvent pas indifféremment l'un ou l'autre service de santé, ou plus exactement l'un ou l'autre niveau hiérarchique de services, selon la maladie dont ils souffrent. La mise en balance de la perception de la maladie, de la capacité supposée des services de santé de la guérir et du coût total, y compris du trajet, de la consultation détermine le choix du patient.

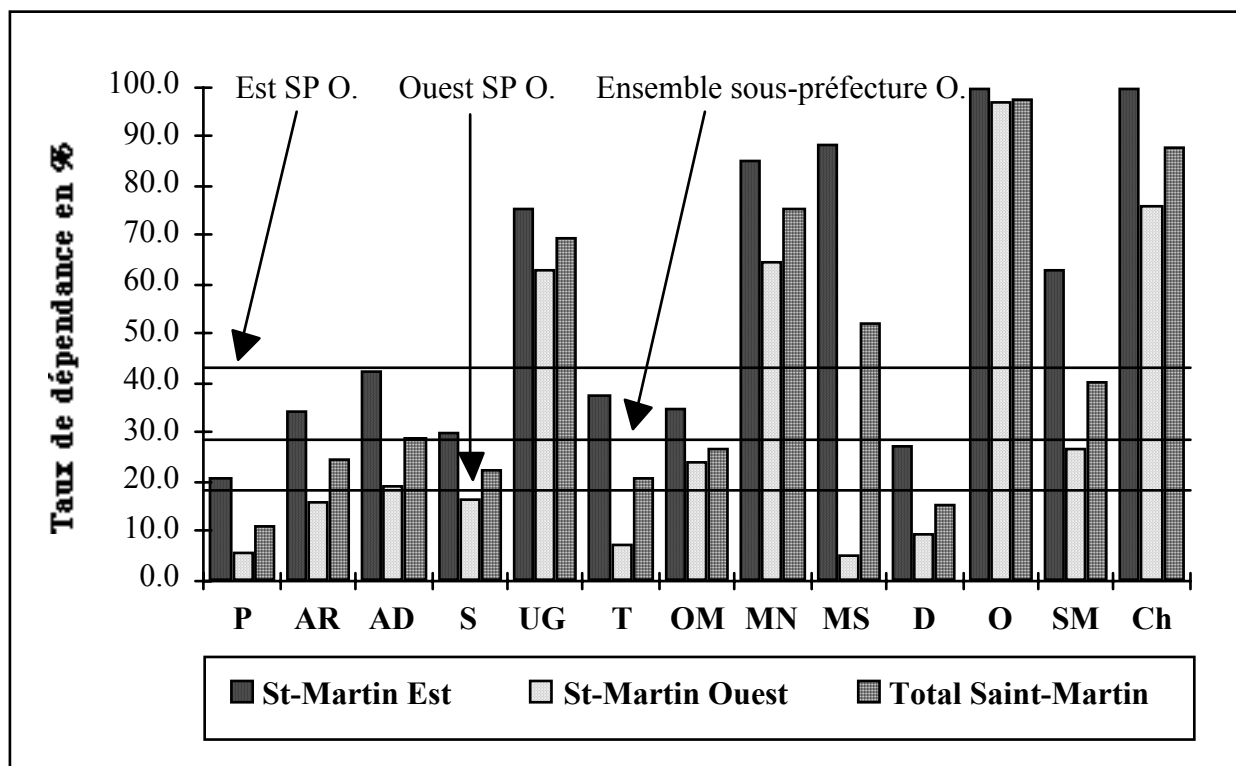
Taux de dépendance de la population envers chaque niveau hiérarchique de services de santé par type d'affections

Il existe un autre moyen de mettre en évidence rapidement, pour chaque niveau hiérarchique, quels sont les diagnostics sur- ou sous-représentés par rapport à l'ensemble des diagnostics relevés dans les services de santé de la sous-préfecture. Il s'agit de calculer, pour chaque niveau hiérarchique et pour chaque catégorie de diagnostics le taux de dépendance de la population¹, que l'on compare ensuite au taux de dépendance global envers chaque niveau hiérarchique. Prenons un exemple: le taux de dépendance des habitants de la sous-préfecture de Ouessè envers l'hôpital Saint-Martin, pour le traitement du paludisme, est le nombre (x 100, puisque le taux est exprimé en pour cent) de patients issus de la sous-préfecture enregistrés dans cet hôpital avec un diagnostic de paludisme divisé par le total des cas de paludisme enregistrés dans tous les services de santé modernes de la sous-préfecture (uniquement les patients habitants dans la sous-préfecture). En 1994, ce taux est de 11,4 % pour le paludisme à l'hôpital Saint-Martin. Donc, un peu plus du dixième des diagnostics de paludisme posés dans l'année pour l'ensemble des services de santé modernes l'ont été à l'hôpital confessionnel. Comme dans le même temps 28,6 % de tous les diagnostics posés dans la sous-préfecture l'ont été à l'hôpital Saint-Martin (trait horizontal sur la Figure 74), on en déduit que le paludisme y est nettement sous-représenté. S'il n'y avait pas utilisation différenciée des services de santé en fonction de la pathologie, nous relèverions en effet des taux de dépendance par pathologie systématiquement égaux au taux de dépendance global envers chaque service.

L'utilisation de l'hôpital Saint-Martin selon la pathologie révèle une situation très contrastée en 1994. La dépendance de la population envers cet établissement est presque totale pour l'onchocercose (97,8 %) et très forte pour la chirurgie (87,7 %), en forte augmentation depuis 1992 pour cette dernière, à cause de la fermeture de la clinique privée de Laminou, que modestement relayée par les nouvelles prestations chirurgicales du CSSP. Cette dépendance est également forte pour la malnutrition (75,5 %), les affections uro-génitales (69,8 %) et les morsures de serpents (52,3 %). Ainsi, pour 5 catégories de pathologies sur 12 (si l'on excepte celle des sans mention etc.), l'hôpital Saint-Martin de Papané draine à lui seul plus de la moitié

¹ Voir aussi en Annexes 2, 4 et 6 l'évolution des taux de dépendance de 1992 à 1994 de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers les services de santé modernes de la sous-préfecture.

des patients de la sous-préfecture. Le taux de dépendance pour les affections de l'appareil digestif correspond au taux moyen. Par contre, 6 catégories de pathologies sont sous-représentées: paludisme, affections de l'appareil respiratoire, affections des sens, traumatismes, dermatoses et affections ostéo-musculaires. Le paludisme, maladie la plus souvent diagnostiquée dans la sous-préfecture de Ouessè (28,6 % de tous les cas) et dans l'ensemble du Bénin, est de loin le diagnostic le plus sous-représenté à l'hôpital confessionnel.

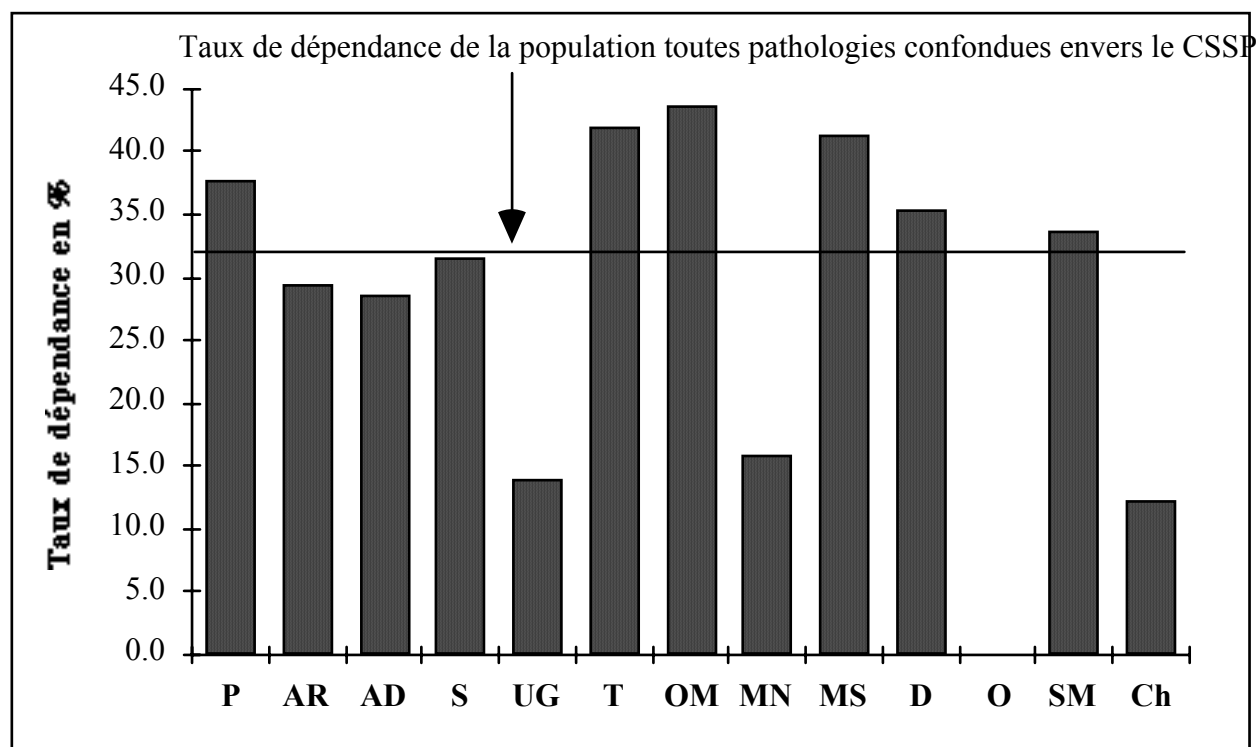


Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

N.B.: les traits horizontaux représentent le taux de dépendance moyen envers l'hôpital Saint-Martin, toutes pathologies confondues, respectivement des habitants de l'Est, de l'Ouest et de toute la sous-préfecture.

Figure 74 Taux de dépendance envers l'hôpital Saint-Martin de la population de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins ambulatoires curatifs, par pathologie et provenance, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

Si l'on se livre au même exercice en dissociant les patients l'Est de ceux de l'Ouest, les résultats ne sont guère différents. Pour toutes les pathologies, la dépendance des habitants de l'Est envers l'hôpital Saint-Martin est supérieure à celle des ressortissants de l'Ouest, ce qui n'est pas étonnant vu l'éloignement supérieur de ces derniers, qui, de plus, disposent d'un CSSP. Mais les écarts peuvent varier considérablement d'un diagnostic à l'autre, montrant clairement les affections les plus sensibles à l'augmentation de la distance et à la concurrence d'un autre hôpital. Pour les morsures de serpents, le taux de dépendance envers l'hôpital Saint-Martin est ainsi presque 17 fois plus élevé pour l'Est que l'Ouest. Il est 5 fois plus élevé pour les traumatismes et 3,5 fois plus pour le paludisme. A l'inverse, il n'y a pas de différence de dépendance entre l'Est et l'Ouest pour l'onchocercose, et elle est faible pour les affections uro-génitales (dépendance seulement 1,2 fois plus élevée pour l'Est), la chirurgie et la malnutrition (1,3 fois plus dans les deux cas) et les affections ostéo-musculaires (1,5 fois plus).



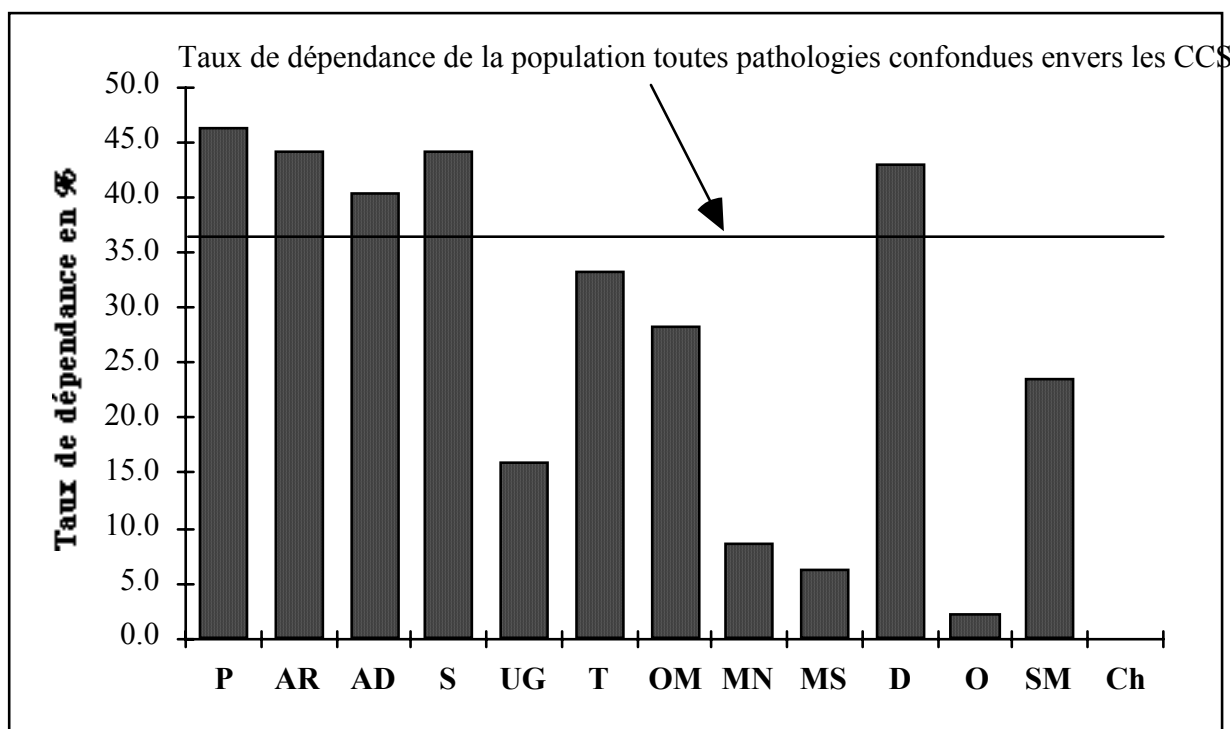
Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

Figure 75 Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers le CSSP de Ouessè par pathologie pour les soins ambulatoires curatifs, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

Bien que le nombre de consultations effectué par le CSSP de Ouessè en 1994 soit supérieur à celui pratiqué par l'hôpital Saint-Martin, le taux de dépendance de la population envers le CSSP n'atteint les 50 % pour aucune pathologie (cf. Figure 75). Cinq diagnostics y sont surreprésentés par rapport aux autres: affections ostéo-musculaires, traumatismes, morsures de serpents et, dans une moindre mesure, paludisme et dermatoses. Par contre l'onchocercose n'y est pas du tout prise en charge. Les diagnostics chirurgicaux, les affections uro-génitales et la malnutrition sont quant à eux nettement sous-représentés, alors que les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et des sens le sont beaucoup moins. A part pour les morsures de serpents, pour lesquelles les deux hôpitaux se partagent l'essentiel des patients, toutes les pathologies surreprésentées au CSSP sont sous-représentées à l'hôpital confessionnel. Il existe donc une certaine complémentarité dans la prise en charge des différentes maladies entre deux hôpitaux qui présentent pourtant beaucoup de caractéristiques communes: taille, personnel, équipement...

La structure des taux de dépendance de la population par pathologie envers l'ensemble des CCS (sauf Djegbé) est encore différente, bien qu'elle s'apparente plus à celle du CSSP qu'à celle de l'hôpital Saint-Martin. Quoique les dispensaires aient effectué ensemble plus du tiers de toutes les consultations, la population ne dépend à plus de 50 % d'eux pour aucune maladie (cf. Figure 76). Ainsi, seul l'hôpital confessionnel occupe une position dominante et même très largement dominante dans le traitement de certaines pathologies. Les CCS n'en sont cependant pas très loin pour le paludisme (taux de dépendance de 46,5 %). Les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et les dermatoses sont surreprésentées dans les CCS

par rapport aux autres affections. La chirurgie et l'onchocercose y sont absents, ou presque pour cette dernière, alors que les affections uro-génitales, la malnutrition et les morsures de serpents y sont particulièrement sous-représentées. Ainsi, quatre des cinq pathologies les plus souvent diagnostiquées dans la sous-préfecture de Ouessè occupent une position forte dans les CCS. Seules les affections uro-génitales manquent au palmarès. Cette concentration des efforts des CCS sur les principaux problèmes de santé régionaux est tout à fait conforme au rôle de premier recours qui leur est dévolu. Nous pouvons toutefois regretter que l'*Ivermectine* pour traiter les cas d'onchocercose ne soit pas encore disponible dans les CCS, ni surtout que tous ne disposent pas de sérum antivenimeux. La malnutrition des enfants, mais aussi des femmes enceintes et des vieillards devrait également y faire l'objet d'une attention plus soutenue, tout comme au CSSP d'ailleurs.

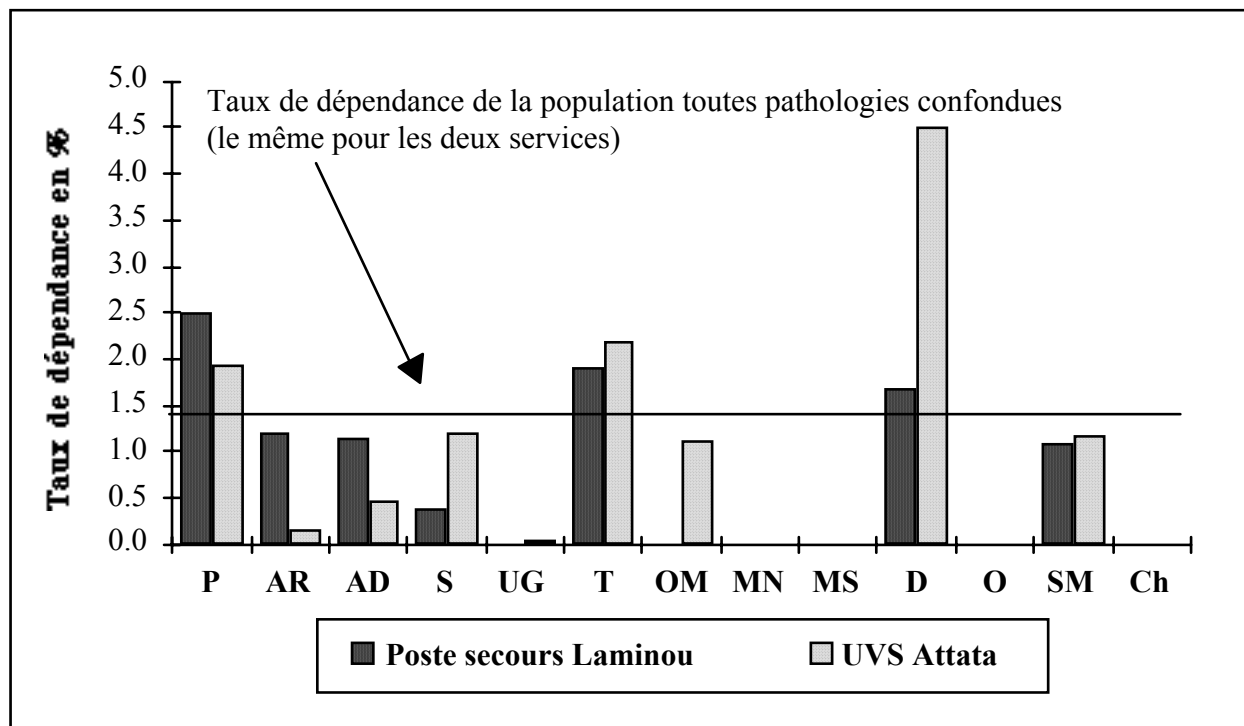


Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

Figure 76 Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers les CCS par pathologie, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

Plus encore que les CCS, les deux services de santé modernes les plus bas dans la hiérarchie sanitaire régionale, soit le poste de secours de Laminou et l'UVS d'Attata, se focalisent sur quelques maladies: paludisme, traumatismes et dermatoses surtout (cf. Figure 77). Les dermatoses sont tout particulièrement surreprésentées à l'UVS d'Attata. Comme nous l'avons vu, il s'agit en fait essentiellement de plaies, infectées ou non. A l'inverse, les pathologies dont la prise en charge par les CCS est déjà limitée ne sont plus présentes dans ces deux services de proximité: affections uro-génitales, malnutrition, morsures de serpents, de même que les affections ostéo-musculaires pour le seul poste de secours. Contrairement à la situation prévalant dans les CCS, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et des sens sont cette fois sous-représentées. A l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, le poids de ces deux services est négligeable, quel que soit la pathologie considérée. Il en va tout autrement à l'échelle locale.

En examinant les types de maladies traitées dans chacun des services de santé desservant la population de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons une fois de plus constaté que la distribution des patients entre ceux-ci ne s'effectue pas au hasard. Si cela était le cas, la proportion de patients relevant de l'une ou l'autre catégorie diagnostique serait peu ou prou constante, quel que soit le service de santé considéré. Or il n'en est rien. Nous avons en effet pu mettre en évidence une assez bonne corrélation positive entre, d'une part, la gravité, mais aussi parfois la rareté de la maladie diagnostiquée et, d'autre part, le niveau hiérarchique perçu du service de santé utilisé.



Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics, Ch. = chirurgie.

Figure 77 Taux de dépendance de la population de la sous-préfecture de Ouessè envers le poste de secours de Laminou et l'UVS d'Attata par pathologie, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

Une telle spécialisation de fait des prestataires de soins de santé en Afrique n'est pas un constat nouveau. Cependant, elle n'est généralement mise en évidence que dans les couples d'opposition médecine moderne – médecine traditionnelle et maladies naturelles – maladies surnaturelles¹. Nous voyons à présent que la diversité de l'offre en services de santé permet l'expression d'une utilisation différenciée, en fonction du type de maladies, au sein même de la médecine dite moderne. Il en va sans doute de même pour la médecine traditionnelle, expression globalisante qui masque trop souvent une grande diversité de formes.

Cette propension à choisir un service de santé en fonction du type de maladies dont on souffre confirme l'une de nos options méthodologiques de départ, à savoir qu'il n'est guère pertinent d'essayer d'appréhender les itinéraires thérapeutiques de façon globale, sans distinguer

¹ Une telle dichotomie existe aussi dans la sous-préfecture de Ouessè, mais les maladies traitées (quasi) exclusivement par les guérisseurs sont rares. Il s'agit essentiellement des maladies mentales, terrain sur lequel les guérisseurs sont d'ailleurs de plus en plus concurrencés par les églises thérapeutiques.

les différents problèmes de santé qui frappent la population (STOCK, 1983). Une recherche anthropologique fine de la nosologie et de l'étiologie des maladies serait donc d'un précieux secours afin d'étudier les comportements de recherche de soins, non plus en fonction des catégories du chercheur (approche étique), mais en fonction de celles de la population concernée (approche émique). Une recherche telle celle que nous venons de mener, mais fondée sur des catégories endogènes, conclurait sans doute encore plus nettement en l'importance de la nature de la maladie sur le choix d'un service de santé¹.

Que faut-il déduire de cette variabilité constatée dans les diagnostics des différents services de santé? Premièrement, que la qualité et la diversité des diagnostics émis par les agents de santé souffrent d'assez fortes variations. Elles tendent à être d'autant plus grandes que l'on s'élève dans la hiérarchie sanitaire. Deuxièmement et surtout, que la perception par le malade et son entourage de la maladie, notamment sa nature et sa gravité, va non seulement influencer le choix d'une action thérapeutique, mais encore d'un service de santé dès lors qu'ils ont décidé de consulter un agent de santé moderne. Si la distance joue un rôle important dans le choix d'un recours thérapeutique, elle peut être "distordue", comme nous le verrons bientôt, par les caractéristiques de la maladie, dans la mesure où celles-ci "dictent" de se rendre dans un service précis.

Il ressort de cette utilisation préférentielle des meilleurs services de santé pour certains types d'affections que les habitants de la sous-préfecture de Ouessè connaissent relativement bien les caractéristiques, en particulier l'efficacité thérapeutique, de l'offre de soins de santé modernes, plutôt variée, dont ils disposent. Le jugement de valeur qu'ils portent sur les différents services de santé ne parle à l'évidence pas en faveur du secteur public, alors que l'hôpital confessionnel est largement plébiscité. Au Bénin, comme ailleurs (Hours, 1986; Waddington, 1989), la qualité des soins semble un des facteurs déterminants de choix d'un service de santé, même si elle entraîne un surcoût.

Cette utilisation sélective des services de santé traduit un dysfonctionnement (Salem, 1993) du "système de santé béninois": surcharge de travail à l'hôpital de Papané, ennui et désœuvrement fréquents dans la plupart des complexes communaux de santé². Il y a là manifestement une mauvaise utilisation de ressources sanitaires, au demeurant rares.

Il ne faut pas conclure de cette comparaison peu flatteuse que le secteur de santé public fournisse forcément de mauvaises prestations ou que globalement ses agents déméritent. Cependant, deux facteurs au moins contribuent à en limiter la crédibilité. Premièrement, la disponibilité des soins n'est pas toujours assurée. Les dispensaires peuvent ainsi être fermés temporairement, lorsque l'infirmier est en vacances, en congé maladie ou en séminaire. Bien qu'il existe une permanence au dispensaire et à la maternité du CSSP de Ouessè, cet hôpital n'est toujours pas apte à assurer toutes les urgences chirurgicales. Nettement plus grave a été le non remplacement pendant presque deux ans d'infirmiers partis à la retraite, ce qui ravala deux dispensaires au rang d'unités villageoises de santé. Deuxièmement, pour quelques types de problèmes de santé, chirurgie, onchocercose, malnutrition, MST et stérilité, les CCS et même le CSSP ne peuvent pas répondre ou répondent mal à l'attente des malades. Cette situation est néfaste à la fois pour le patient et pour le développement à long terme des services de santé qui négligent certaines prestations. Nous pensons en effet que laisser à un service de santé tiers, en l'occurrence l'hôpital de Papané, des créneaux exclusifs ou presque conduit pour un CSSP à une déperdition de patients supérieure aux seuls malades directement concernés. En effet, en

¹ Une telle étude ne pourrait plus utiliser comme support les registres de santé, puisqu'il n'y aurait pas correspondance systématique entre le diagnostic de l'agent de santé et celui du malade ou de son entourage.

² Rappelons que cette situation s'est partiellement modifiée en 1994 après l'augmentation des prix à l'hôpital confessionnel, ce qui a entraîné un certain report de patients sur les services de santé publics.

l'absence de prestations locales adaptée à de tels besoins, le patient est contraint d'utiliser ces autres ressources sanitaires et par la même à les tester et à les comparer avec son service de santé habituel. Satisfait, il risque d'y retourner, même pour des problèmes de santé qui pourraient cette fois très bien être traités au dispensaire ou au CSSP. De plus, les habitudes seront sans doute longues à se modifier, même si objectivement le CSSP de Ouessè devenait aussi attractif que l'hôpital confessionnel de Papané.

Taux d'utilisation en fonction de la distance et aires d'attraction par pathologie

Nous venons de constater que le choix d'un service de santé est influencé par le type de maladies dont souffre le patient. Cela suggère donc que, pour chaque niveau hiérarchique de services, la friction de la distance et l'aire d'attraction maximale fluctuent selon le diagnostic. Nous allons donc étudier, pour chaque pathologie, le taux d'utilisation en fonction de la distance des différents niveaux hiérarchiques. Pour ce faire, nous utiliserons les données de l'année 1994. Nous calculerons ensuite l'aire maximale d'attraction de chaque niveau hiérarchique de services, pour chaque diagnostic. Le critère employé pour fixer la limite de ces aires est extrêmement large. Toute localité dont le taux d'utilisation pour la pathologie étudiée est au moins égal à 1 % est incluse dans l'aire d'attraction¹.

Rappelons tout d'abord qu'avec un seuil placé à 1 % les aires maximales d'attraction, toutes pathologies confondues, sont de 75, 25 et 10 kilomètres respectivement pour l'hôpital Saint-Martin, le CSSP de Ouessè et l'ensemble des CCS. Ces valeurs nous serviront de repères pour évaluer les différences par pathologie.

Comme le montrent les Figure 78 et Figure 79, le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin par les habitants des villages proches est fort variable selon la pathologie. Cela traduit essentiellement le fait que certaines maladies ont une incidence beaucoup plus élevée que d'autres. C'est le cas des affections de l'appareil digestif, de l'appareil uro-génital et du paludisme. Mais, quel que soit le diagnostic, toutes les courbes convergent peu ou prou vers le même point, sans trop se croiser. Les taux d'utilisation sont donc d'autant plus soumis à la friction de la distance qu'ils partent d'un niveau élevé à proximité de l'hôpital. Les aires d'attraction maximales de l'hôpital pour les maladies les plus rarement diagnostiquées ne sont donc pas forcément les plus étroites, comme nous le verrons ci-après. Pour ces affections, il n'y a donc pas utilisation "opportuniste" de l'hôpital Saint-Martin, fondée sur la seule proximité. Une telle attitude consisterait à tout de même parfois fréquenter l'hôpital pour des affections qui ne débouchent généralement pas sur un recours à la médecine moderne, soit parce que les malades estiment qu'elle n'est pas appropriée pour ces problèmes de santé, soit qu'ils jugent bénignes ces affections. Ces dernières se caractériseraient alors par des taux d'utilisation modestes pour les villages les plus proches de l'hôpital, puis par des taux rapidement nuls avec l'augmentation de la distance, la proximité expliquant seule le recours marginal à un service peu attractif pour ces affections.

Contrairement à ce qu'a observé Stock (1983) au Nord Nigeria, il n'existe pas dans la sous-préfecture de Ouessè de maladies sur lesquelles la distance n'aurait aucune prise, du moins au-dessous d'un certain seuil.

¹ Nous avons jusqu'à présent utilisé un seuil de 1 % pour les soins ambulatoires, toutes pathologies confondues. La désagrégation du taux d'utilisation selon les diagnostics et la rareté de certaines d'entre eux nous conduisent maintenant à abaisser ce seuil à 1 %, pour rester plus ou moins proportionnel au seuil fixé pour l'ensemble des cas.

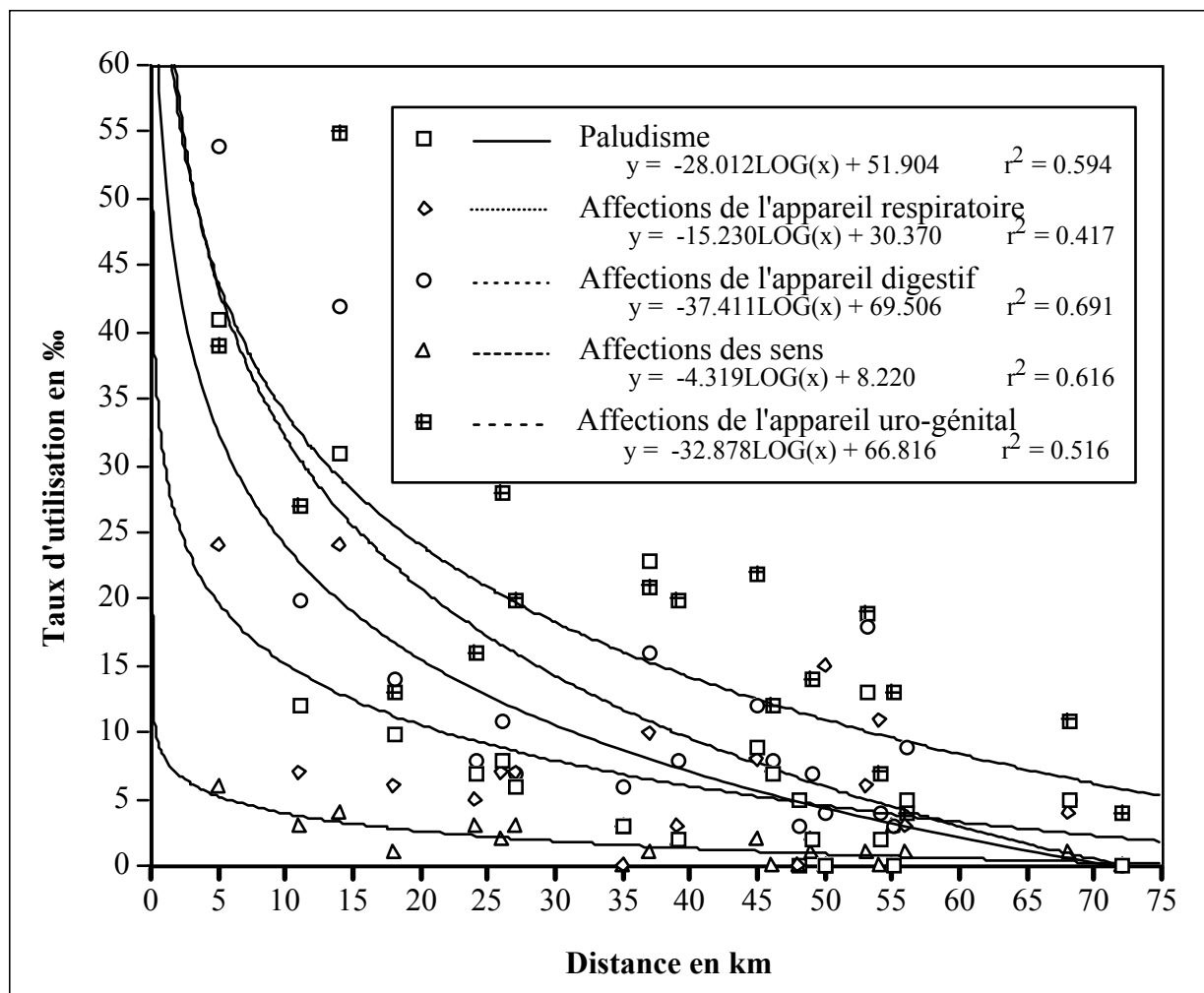


Figure 78 Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994 (sources: registre de patients et recensement de 1992 réactualisé).

L'aire maximale est enregistrée pour les affections de l'appareil uro-génital (rayon¹ de 100,4 kilomètres), suivie d'assez loin par celle des traumatismes (89,2 kilomètres) et des affections de l'appareil respiratoire (84,8 kilomètres). Viennent ensuite, en dessous de la moyenne, les dermatoses (72,2 kilomètres), la chirurgie (69,7 kilomètres), les affections de l'appareil digestif (67,8 kilomètres), le paludisme (65,6 kilomètres), la malnutrition (50,5 kilomètres), les morsures de serpents (49 kilomètres) et enfin les affections des sens (46,9 kilomètres). L'onchocercose n'est pas représentée sur le graphique, l'ajustement de sa courbe aux données étant très mauvais en raison de la répartition bimodale de cette maladie. Ainsi, le rayon de l'aire maximale d'attraction de l'hôpital Saint-Martin peut varier du simple au double selon le diagnostic considéré.

Tout comme pour l'hôpital Saint-Martin, le taux d'utilisation du CSSP de Ouessè en fonction de la distance est très variable d'une pathologie à l'autre (Figure 80 et Figure 81). A

¹ Il est en fait abusif de parler de rayon, car l'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin n'est pas circulaire. Ces valeurs sont valables pour la portion de l'aire d'attraction située au sud et au sud-ouest de l'hôpital. Nous n'avons pas les moyens de mesurer l'extension de cette aire en direction du nord, mais elle y est presque certainement moindre, en raison de la concurrence de deux hôpitaux relativement proches: le centre de santé départemental de Parakou, à environ 60 kilomètres et Saint-Jean de Dieu à Boko à environ 75 kilomètres.

distance égale, les taux sont les plus élevés pour, dans un ordre décroissant, le paludisme, les affections de l'appareil digestif et celles de l'appareil respiratoire. Le niveau d'utilisation pour toutes les pathologies y est soumis à une intense friction de la distance, qui est là encore d'autant plus forte que le taux d'utilisation initial est élevé. De plus, les courbes ne se recoupent guère. Remarquons encore que l'ajustement des courbes aux valeurs réelles est nettement meilleur (valeurs de r^2 supérieures) pour le CSSP que pour l'hôpital Saint-Martin. L'accroissement de la distance explique donc bien la diminution du niveau d'utilisation du CSSP pour la plupart des diagnostics, alors que pour l'hôpital confessionnel d'autres facteurs, comme la desserte par les taxis, interfèrent plus fortement avec la distance, ce qui explique les taux d'utilisation atypiques (par rapport aux modèles que constituent les courbes) observés pour certains villages. Seuls les taux d'utilisation du CSSP pour la malnutrition et la chirurgie sont largement indépendants de la distance.

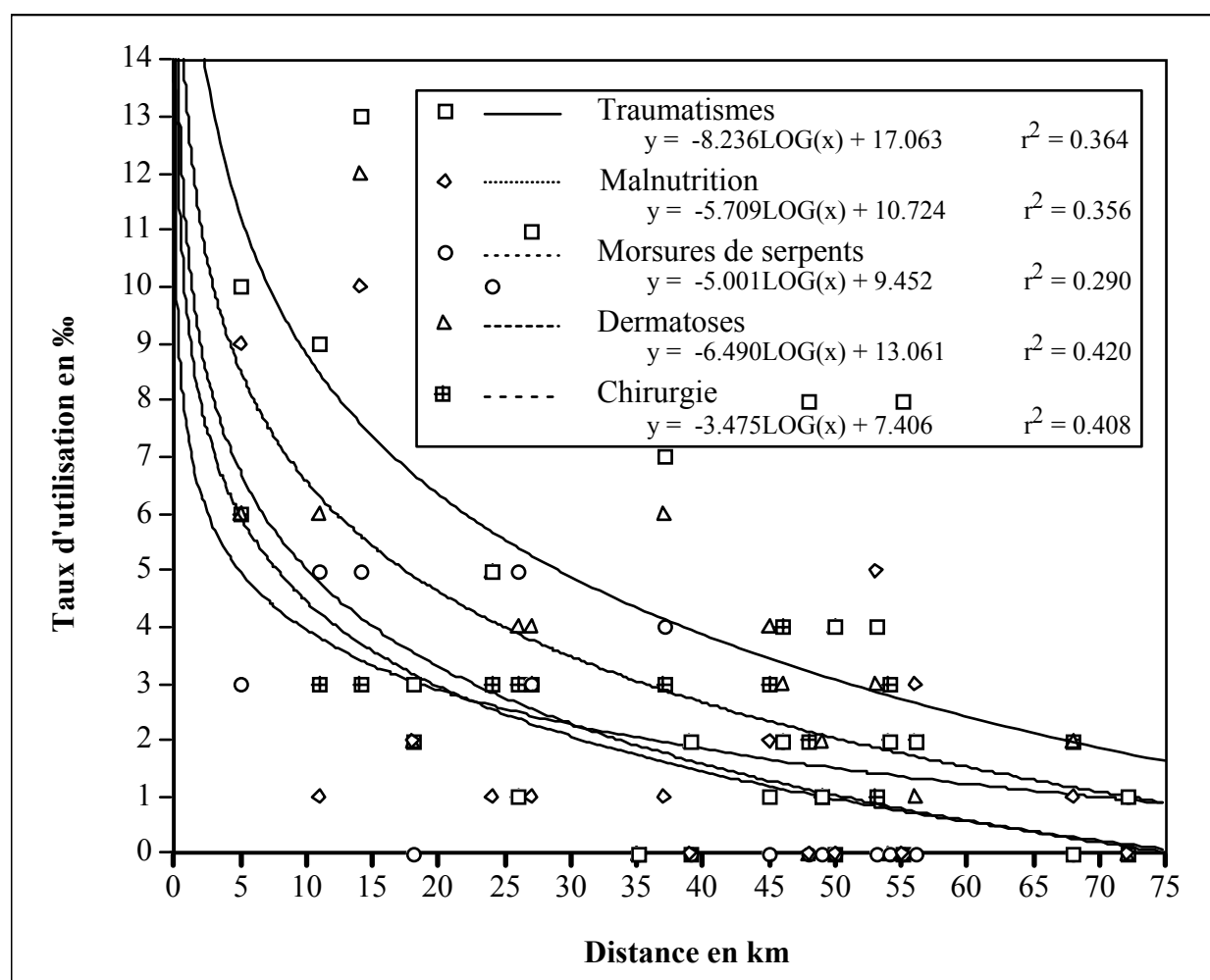


Figure 79 Taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin en fonction de la distance pour les traumatismes, la malnutrition, les morsures de serpents, les dermatoses et la chirurgie (sources: registre de patients et recensement de 1992 réactualisé).

L'aire maximale d'attraction du CSSP fluctue entre 27,2 kilomètres pour les affections de l'appareil digestif et 12,9 kilomètres pour la malnutrition. Les aires maximales des diagnostics les plus fréquents (paludisme, affections de l'appareil digestif, affections respiratoires, traumatismes, dermatoses, mais aussi les affections uro-génitales pourtant rares) sont de taille similaire (entre 24 et 27 kilomètres). Les aires d'attraction maximales des maladies plus rarement diagnostiquées (affections ostéo-musculaires, malnutrition et morsures de serpents)

s'échelonnent par contre entre 13 et 16 kilomètres. Avec 20 kilomètres, les affections des sens occupent une position médiane. Contrairement à l'hôpital Saint-Martin, il existe donc pour le CSSP une certaine corrélation positive entre la fréquence de chaque diagnostic et la taille de l'aire d'attraction correspondante.

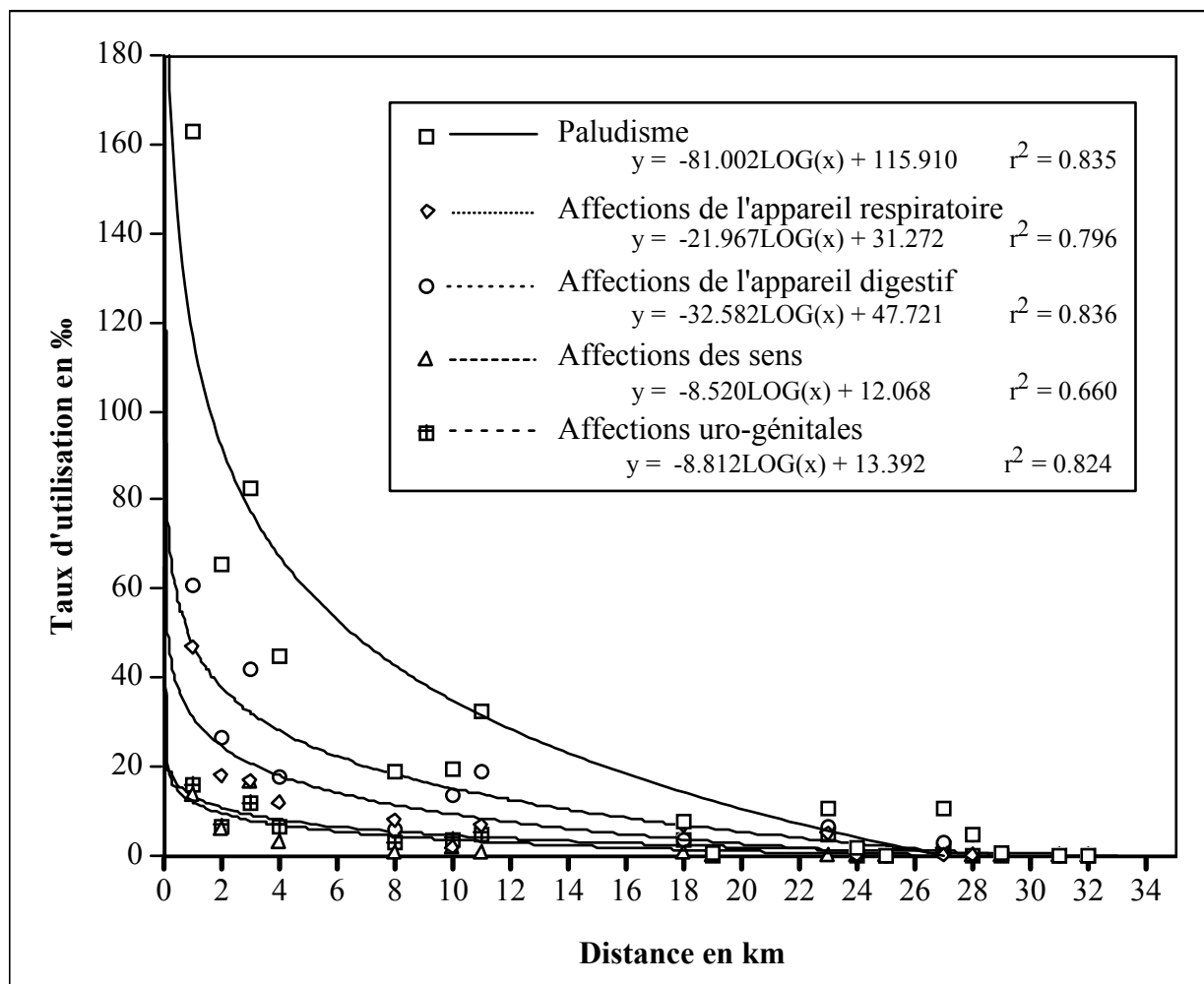


Figure 80 Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Le schéma général d'utilisation des CCS selon la pathologie ressemble beaucoup à celui du CSSP. Nous retrouvons les taux d'utilisation maximaux pour les trois mêmes diagnostics, et cela quelle que soit la distance. Toutes les courbes convergent vers le même point sans se croiser; c'est-à-dire que les taux d'utilisation s'annulent à environ 11 kilomètres des CCS pour toutes les pathologies¹. Là encore, ce sont les maladies les plus fréquentes qui sont le plus intensément soumises à la friction de la distance. Par contre, deux traits distinguent les CCS du CSSP. Tout d'abord, le taux d'utilisation pour une distance et une maladie données est inférieur pour les CCS. Ensuite, les aires maximales d'attraction de ces derniers sont beaucoup plus étroites que celles du CSSP.

¹ Comme nous le verrons ci-après, ces courbes ne s'adaptent pas parfaitement aux données. Pour les trois affections les plus rarement diagnostiquées dans les CCS, le taux d'utilisation est en fait nul pour une distance bien moindre que les 11 kilomètres lus sur les graphiques.

Hormis pour certains diagnostics très peu représentés dans les CCS, ces aires maximales sont très proches les unes des autres. Elles varient entre 11 kilomètres pour le paludisme et 9,4 kilomètres pour les traumatismes. Plus rares, les affections des sens ont également une aire d'attraction plus restreinte (7,1 kilomètres au maximum). En fait, si l'on retourne aux chiffres précis par village, nous constatons que le taux d'utilisation annuel des CCS pour les affections des sens est quasi nul à partir de 4 kilomètres déjà. Encore plus rarement diagnostiquées, les affections ostéo-musculaires et la malnutrition enregistrent des taux d'utilisation inférieurs à 1 % à seulement 1,7 et 0,1 kilomètre des dispensaires. Les taux d'utilisation par village pour les affections ostéo-musculaires sont de 2 % dans ceux qui abritent un CCS, de 1 % à 2 kilomètres et nul au-delà. De même, pour la malnutrition, le taux d'utilisation est de 1 % dans les villages avec CCS et nul au-delà. Il ne faut pas en déduire que la population refuse de se déplacer pour faire soigner de tels problèmes de santé. N'oublions en effet pas que le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin par les habitants de l'ouest de la sous-préfecture, résidant à environ 50

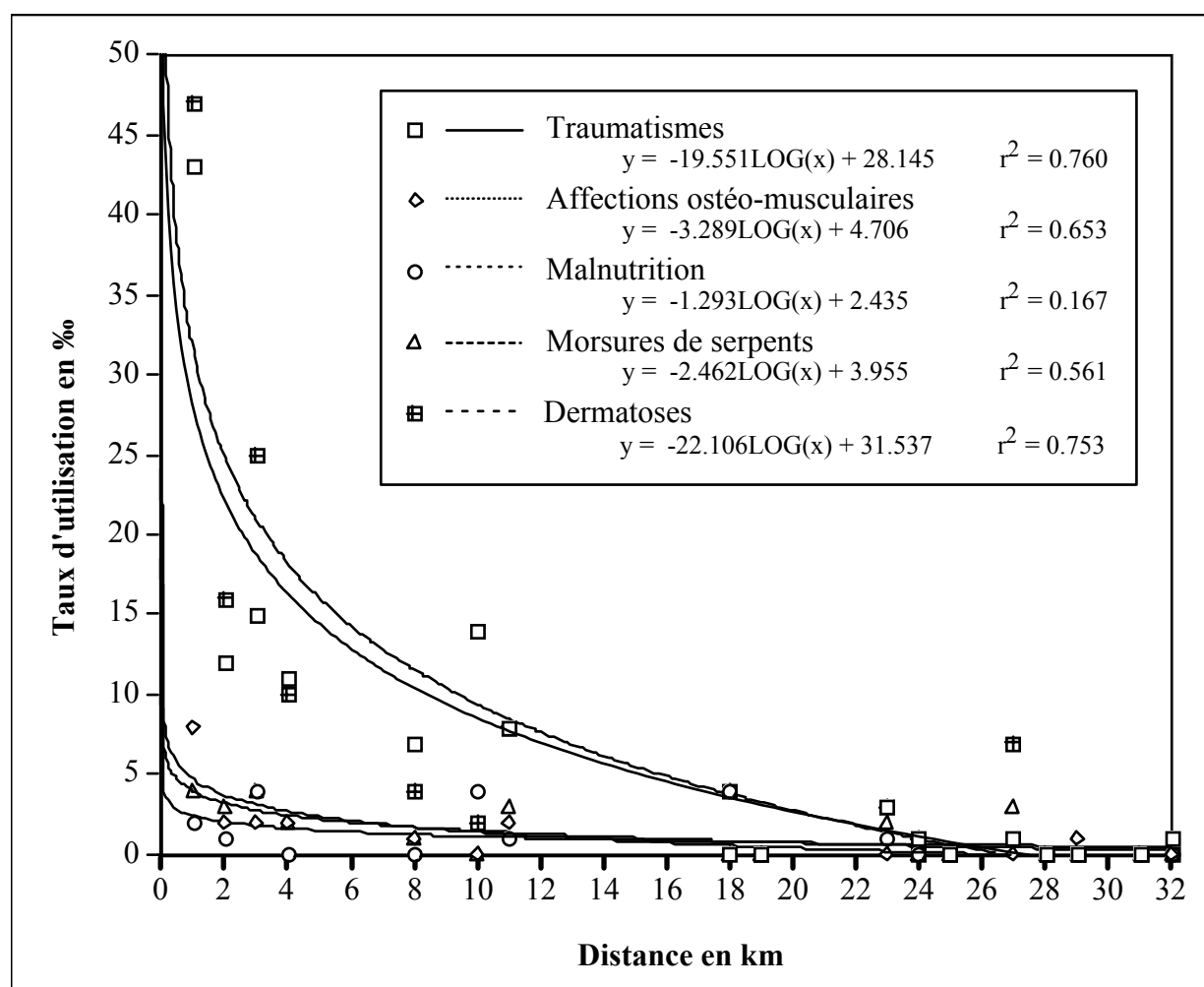


Figure 81 Taux d'utilisation du CSSP de Ouessè en fonction de la distance pour les traumatismes, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition, les morsures de serpents et les dermatoses (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

kilomètres, est respectivement de 2 %, 1 % et 2 % pour ces trois diagnostics. On voit bien, une fois de plus, la nécessité d'envisager l'utilisation des services de santé en distinguant les différents niveaux hiérarchiques impliqués.

Comme pour le CSSP de Ouessè, mais contrairement à l'hôpital Saint-Martin, il existe pour les CCS une certaine corrélation positive entre le poids de chaque diagnostic dans la pathologie générale des CCS et la taille de l'aire d'attraction correspondante. Mais cette tendance n'est pas très prononcée.

En conclusion, la friction de la distance et l'extension maximale de l'aire d'attraction sont plus fonction du niveau hiérarchique des services de santé que de la pathologie diagnostiquée. Bien que le rayon maximal d'attraction d'un niveau hiérarchique donné varie parfois sensiblement d'une pathologie à l'autre, on reste toujours dans une fourchette spécifique à ce niveau. Quel que soit le niveau hiérarchique, il n'existe pas de pathologies sur lesquels la distance n'aurait pas ou peu d'emprise. Généralement, ce sont les pathologies générant les taux d'utilisation les plus élevés à proximité du service de santé qui enregistrent les aires maximales d'attraction les plus larges, surtout dans les services de santé publics. Les courbes des taux d'utilisation selon la distance ne se croisent en effet guère.

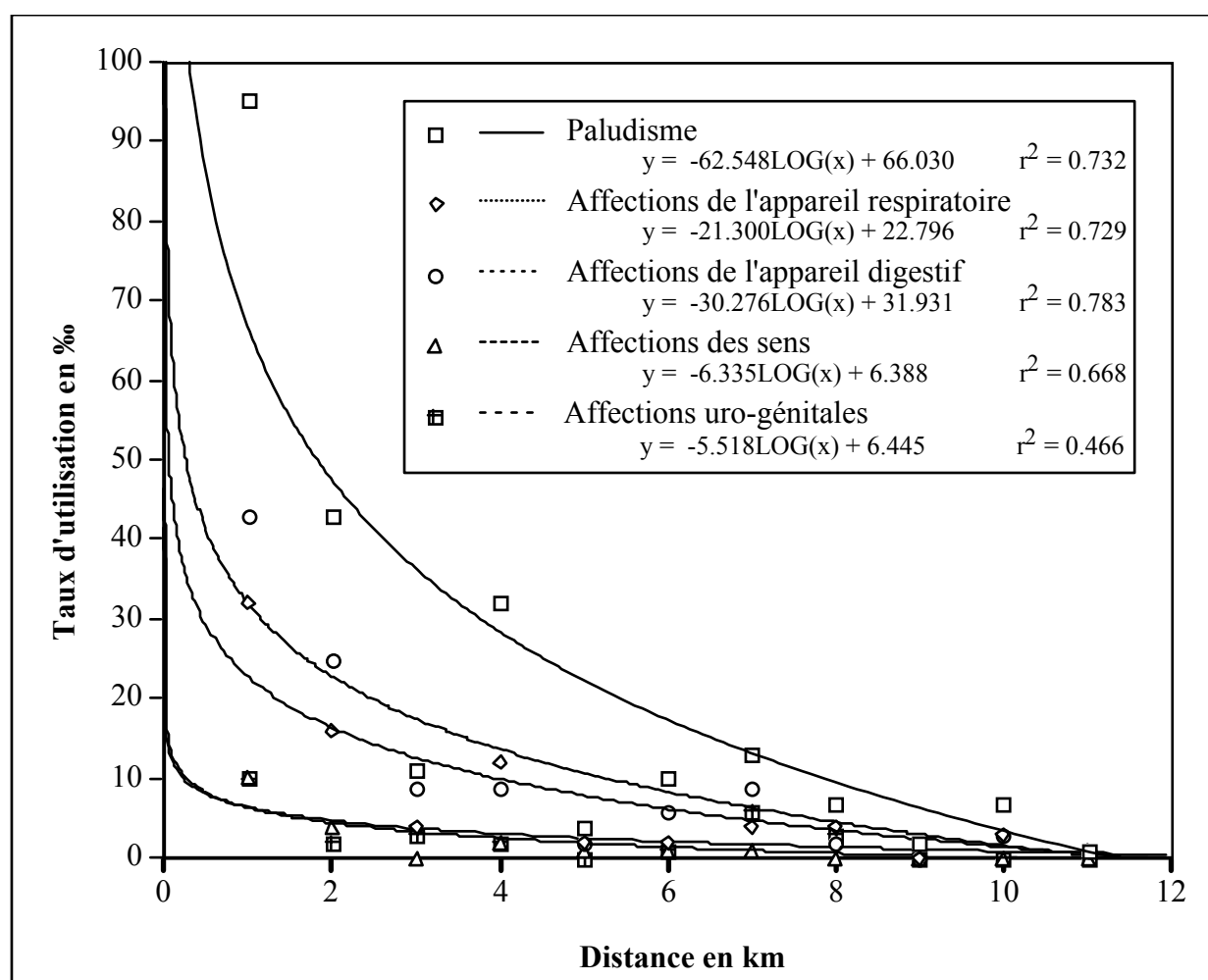


Figure 82 Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS en fonction de la distance pour le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, des sens et de l'appareil uro-génital, en 1994 (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Quel est le statut des pathologies rarement diagnostiquées, même à proximité des services de santé? S'agit-il de maladies frappant rarement la population ou de maladies pour lesquelles on n'utilise guère les services de santé modernes, ou encore d'affections peu ou non connues de

certain agents de santé? Sans une enquête d'incidence auprès de la population, enquête qui devrait éviter l'écueil de la saisonnalité de nombreuses maladies, il est impossible de répondre à cette question, tant il est vrai que la morbidité diagnostiquée n'offre qu'un reflet déformé, et inégalement déformé, de la pathologie réelle.

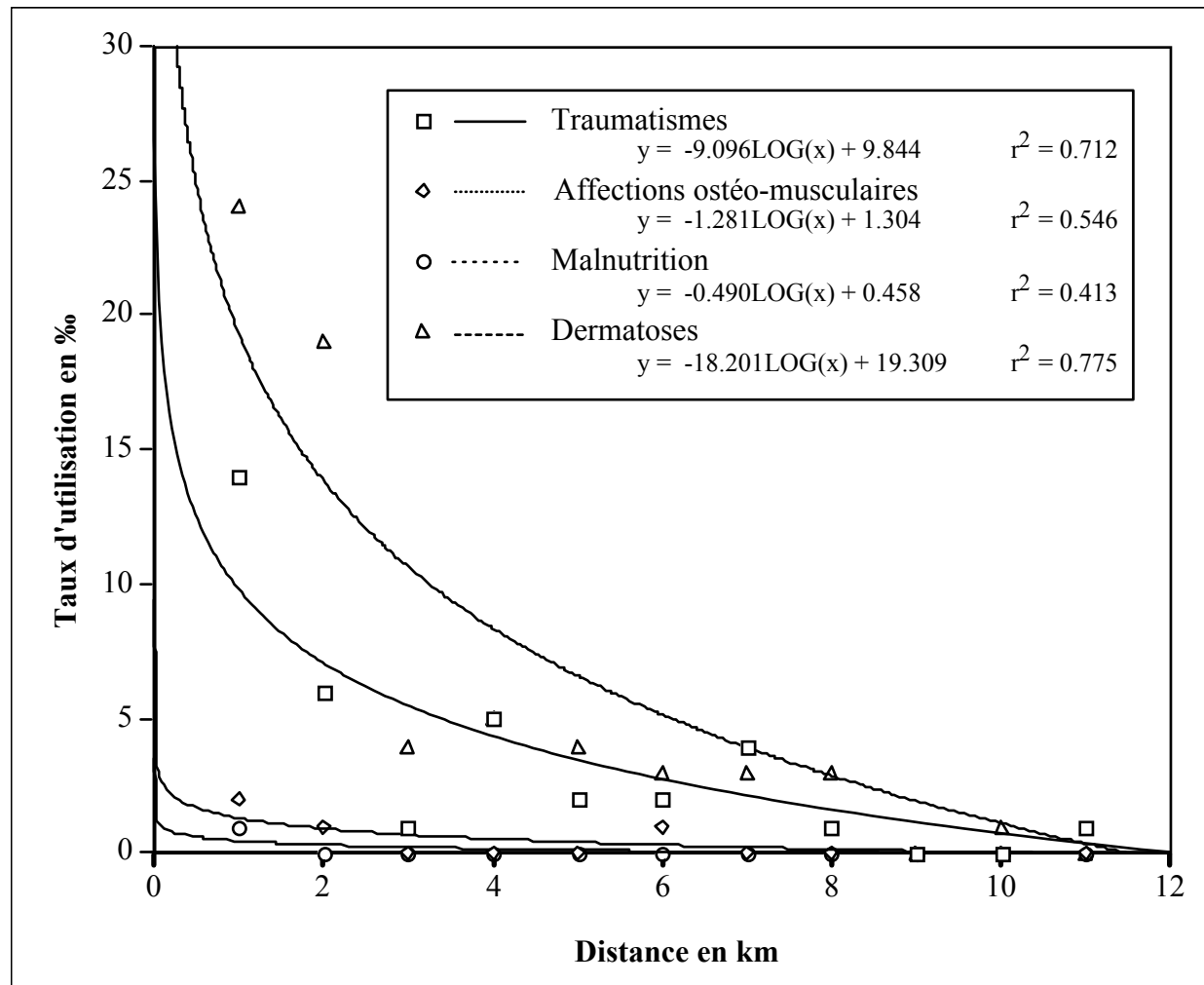


Figure 83 Taux d'utilisation de l'ensemble des CCS en fonction de la distance pour les traumatismes, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition et les dermatoses (sources: registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

On constate tout de même dans les CCS que, non seulement les affections des sens, les affections ostéo-musculaires et la malnutrition sont très rarement diagnostiquées, mais encore que ces diagnostics sont réservés aux patients habitant à proximité. Nous en déduisons que le bénéfice attendu d'une consultation dans un CCS est si faible, pour ces affections, qu'il ne justifie pas un déplacement supérieur à deux ou trois kilomètres. Par extension, nous pouvons aussi conclure que, même à proximité d'un CCS, le taux d'utilisation pour ces maladies est très inférieur aux besoins réels. Dans les services de santé de rang plus élevé, CSSP de Ouessè et surtout hôpital de Papané, ces maladies moins souvent diagnostiquées sont parmi les moins soumises à la friction de la distance. Pour elles, les patients sont donc prêts à parcourir la même distance ou presque que pour les pathologies fréquemment diagnostiquées, pour se faire soigner dans ces hôpitaux. Cela suggère que les taux d'utilisation particulièrement faibles enregistrés pour certaines pathologies s'expliquent plus par la rareté effective de ces maladies dans la

population que par un bas taux de réponse aux symptômes, pour des problèmes de santé qui seraient perçus comme bénins. Ce serait plus la perception par le malade de la capacité d'un service de santé à le prendre efficacement en charge, que celle de la gravité de la maladie, qui déterminerait le recours à un service donné.

Distance moyenne parcourue par pathologie pour atteindre un service de santé

Pour une maladie donnée, la distance moyenne parcourue pour atteindre un service de santé, quel qu'il soit, traduit à la fois l'effort que le malade est prêt à consentir pour se faire soigner et la localisation de l'offre de soins perçue comme efficace pour ce cas, relativement à celle des patients potentiels. Nous avons en effet vu que certains diagnostics n'étaient posés que dans un ou deux services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè. D'autres sont très rares dans les services de premier échelon. Il va donc de soi que consulter pour de tels problèmes de santé implique un déplacement plus long que pour les maladies prises en charge partout. Même pour ces dernières, la distance moyenne parcourue peut varier, car le patient a toujours le choix entre au moins deux ou trois services de santé de niveau hiérarchique distinct. Or la perception de la maladie, notamment de sa gravité, est variable de cas en cas, mais aussi plus globalement selon le type de pathologies. Le choix d'un service s'en ressentira forcément.

Afin de mesurer l'impact du type de maladies sur la distance effectivement parcourue pour recevoir des soins formels (y compris le poste de secours de Laminou, service moderne informel), nous avons calculé pour chaque pathologie et pour l'année 1994:

- la distance moyenne parcourue pour atteindre un service de santé moderne, tous services et tous patients confondus, puis en distinguant les patients de l'Est de ceux de l'Ouest;
- la distance moyenne parcourue pour atteindre chacun des services de santé;
- la distance moyenne parcourue par les patients provenant de l'Est puis de l'Ouest pour atteindre l'hôpital Saint-Martin (nous avons fait de même pour le CSSP de Ouessè (cf. Tableau 73), mais nous n'analyserons pas ces chiffres, le nombre de consultations étant trop faible pour les patients de l'Est).

Pour ce faire, nous avons mesuré, sur la carte et/ou au moyen d'un compteur kilométrique, la distance séparant le centre de chaque village des services de santé utilisés. Nous avons conservé les provenances aussi désagrégées que possible. Ainsi, des villages non-officiels et des hameaux sont individualisés dans ces calculs, dans la mesure où ils figuraient dans les registres de santé. Il est cependant évident que les habitants des fermes isolées et des petits hameaux sont considérés comme résidant au centre de leur village de rattachement. Pour chaque service de santé et diagnostic, nous avons ensuite effectué la somme des distances parcourues par chaque nouveau consultant. La distance totale ainsi parcourue est finalement divisée par le nombre de nouveaux consultants impliqués.

La distance moyenne parcourue simple course, tous services de santé et toutes pathologies confondus est de 11,1 kilomètres. D'une pathologie à l'autre, les variations sont parfois énormes. Ainsi, la fourchette s'étend de 5,5 kilomètres, pour le paludisme, à 43,4 kilomètres, pour l'onchocercose. Sans surprise, nous retrouvons donc aux deux extrémités, d'une part la maladie la plus fréquemment diagnostiquée et la plus largement prise en charge, et, d'autre part, la seule maladie vraiment spécifique¹ à un service de santé, l'hôpital Saint-Martin. A peine moins spécifiques à cet hôpital, les opérations chirurgicales arrivent d'ailleurs en avant-dernière position, avec un parcours moyen de 32,3 kilomètres. Une forte proportion des cas de

¹ Il en existe quelques autres mais qui, fort rares, sont classées dans la catégorie "autres affections" (cf. partie V, chap. 3b).

malnutrition et des affections uro-génitales enregistrés dans la sous-préfecture ont été pris en charge par l'hôpital Saint-Martin. Cela se traduit pour ces deux diagnostics par un parcours moyen très supérieur à la moyenne (respectivement 25 et 24 kilomètres). Comme seule une partie des services de santé peuvent traiter les morsures de serpents, la distance moyenne parcourue pour ce diagnostic est elle aussi sensiblement supérieure à la moyenne (15,6 kilomètres). Surtout diagnostiquées au CSSP de Ouessè, les affections ostéo-musculaires occasionnent également un trajet moyen un peu supérieur à la moyenne (12,5 kilomètres).

Tous les autres diagnostics, c'est-à-dire à la fois les plus communs et les plus largement pris en charge, engendrent des trajets moyens par pathologie inférieurs à la moyenne générale. Il s'agit, par ordre décroissant, des affections de l'appareil digestif, des affections de l'appareil respiratoire, des affections des sens, des traumatismes, des dermatoses et enfin du paludisme, pour lequel le trajet moyen est deux fois inférieur à la moyenne de tous les trajets.

Tableau 73 Distance moyenne en kilomètres parcourue selon la pathologie pour atteindre les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

	P		AR		AD		S		UG		T		OM		MN		MS		D		O		Ch.		Total	
	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D	N	D
St-Martin E	366	19.2	282	22.2	476	18.5	66	18.9	647	21.6	173	21.2	15	16.6	81	18.5	86	23.5	125	22.8	14	23.0	78	25.2	3014	20.8
St-Martin O	186	49.2	152	48.3	280	48.8	46	48.8	463	48.6	44	50.4	32	48.2	57	49.5	4	55.3	87	48.2	30	53.6	64	48.3	1864	48.9
Tot. St-Martin	552	29.3	434	31.3	755	29.7	112	31.2	1110	32.9	216	27.1	47	38.0	138	31.3	89	24.9	212	33.3	44	44.2	142	35.7	4878	31.6
CSSP Ouest	1821	2.9	511	2.8	734	3.1	157	2.5	219	4.1	435	2.9	73	2.4	26	5.7	69	5.7	478	3.0	0	0.0	20	6.2	5387	3.1
CSSP Est	21	22.8	8	19.0	12	22.5	2	21.0	5	19.4	6	25.5	4	25.3	3	18.0	2	21.5	7	22.0	0	0.0	0	0.0	84	22.4
Total CSSP	1842	3.1	519	3.0	746	3.5	159	2.8	224	4.4	441	3.2	77	3.5	29	7.0	71	6.1	485	3.3	0	0.0	20	6.2	5471	3.4
Disp. Kokoro	97	2.9	43	3.0	68	3.3	18	1.9	25	3.9	48	3.1	6	2.3	0	0.0	2	2.0	47	2.9	0	0.0	0	0.0	387	3.0
Mat. Ch. Ogoï	125	2.6	18	2.9	41	3.6	10	3.0	34	3.4	1	1.0	1	6.0	0	0.0	0	0.0	24	2.6	0	0.0	0	0.0	271	2.8
Disp. Kilibo	371	1.6	151	1.6	142	1.6	41	1.2	27	1.5	64	1.4	6	1.8	2	5.5	4	1.0	61	1.6	0	0.0	0	0.0	951	1.6
Disp. Kémon	300	1.1	196	1.0	223	1.0	41	1.1	84	1.0	54	1.1	2	1.0	8	1.0	0	0.0	109	1.1	0	0.0	0	0.0	1169	1.1
Disp. Toui	430	1.9	116	2.5	146	2.1	40	2.1	29	2.2	96	1.9	6	1.5	0	0.0	3	2.0	78	2.2	0	0.0	0	0.0	998	2.0
Disp. Tosso	587	2.1	172	2.3	255	2.5	51	2.3	34	3.7	61	2.7	19	1.7	1	2.0	2	1.0	217	2.3	1	8.0	0	0.0	1589	2.3
Mat. Gbanlin	297	1.3	71	1.8	159	1.5	17	1.0	16	1.1	8	1.0	7	1.0	4	2.5	0	0.0	46	1.2	0	0.0	0	0.0	686	1.4
Disp. + mat. O	884	1.9	243	2.1	414	2.1	68	2.0	50	2.9	69	2.5	26	1.5	5	2.4	2	1.0	263	2.1	1	8.0	0	0.0	2275	2.0
Disp. + mat. E	1323	1.8	524	1.7	620	1.8	150	1.6	199	2.0	263	1.8	21	2.0	10	1.9	9	1.6	319	1.9	0	0.0	0	0.0	3776	1.8
Tot disp+ mat.	2207	1.8	767	1.9	1034	2.0	218	1.7	249	2.2	332	2.0	47	1.7	15	2.1	11	1.5	582	2.0	1	8.0	0	0.0	6051	1.9
PS Laminou	126	1.0	24	1.2	31	1.0	2	1.0	0	0.0	21	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	24	1.0	0	0.0	0	0.0	256	1.1
Total Ouest	3017	5.3	930	10.0	1459	11.6	273	10.2	732	32.2	569	6.4	131	13.3	88	33.9	75	8.2	852	7.3	31	52.2	84	38.3	9782	11.6
Total Est	1710	5.8	814	9.0	1108	9.2	218	7.0	851	17.0	442	9.7	40	9.8	94	16.7	97	21.4	451	8.0	14	23.0	78	25.2	6874	10.4
Total sous-préf	4727	5.5	1744	9.5	2566	10.6	491	8.8	1583	24.0	1010	7.9	171	12.5	182	25.0	171	15.6	1303	7.5	45	43.4	162	32	16656	11.1

Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, Ch. = chirurgie.

N = nombre de cas, D = distance moyenne, E = est de la sous-préfecture de Ouessè, O = ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

Pour une pathologie donnée, il existe donc très clairement une relation inverse entre la disponibilité en services de santé capables de la prendre en charge et la distance moyenne parcourue pour se faire soigner.

Si l'on compare maintenant le trajet moyen par pathologie des patients de l'Est à ceux de l'Ouest, le constat reste grosso modo le même: la répartition de l'offre de soins relativement à la population et son niveau hiérarchique expliquent largement les différences constatées. Toutes pathologies confondues, les patients de l'Ouest qui se sont rendus en 1994 dans un service de santé ont parcouru en moyenne 11,6 kilomètres contre 10,4 kilomètres pour les patients de l'Est. Cette différence s'explique par les nombreuses visites effectuées par des ressortissants de l'Ouest au lointain hôpital Saint-Martin. Les habitants de l'Est fréquentant le CSSP de Ouessè sont par contre très rares et se recrutent de plus dans les villages de l'Est les plus proches du CSSP.

Sachant cela, on aurait pu s'attendre à une plus grande différence encore entre l'Est et l'Ouest. La répartition de la population autour des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture de Ouessè explique cette faible différence. Le CSSP de Ouessè est en effet au coeur d'un important bassin de patients potentiels: 70 % des habitants de l'Ouest habitent à moins de 4 kilomètres du CSSP. Par contre, seuls 36 % des habitants de l'Est résident à moins de 20 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin et aucun à moins de 4 kilomètres. Ainsi, un trajet moyen similaire cache deux situations contrastées entre les deux moitiés de la sous-préfecture. Les quatre cinquièmes des patients de l'Ouest parcourent une faible distance pour atteindre le CSSP ou un CCS, alors qu'un cinquième parcourt au moins 45 kilomètres pour se rendre à l'hôpital Saint-Martin. A l'Est au contraire, seuls 56 % des patients fréquentent les CCS proches, les autres allant à l'hôpital confessionnel, distant de 4 à 54 kilomètres selon les villages.

On enregistre le moins de différence dans la longueur moyenne des trajets entre l'Est et l'Ouest pour les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées, affections uro-génitales exceptées. Ces pathologies sont en effet prises en charge partout et, dans la plupart des cas, les malades se contentent d'aller dans le service de santé le plus proche. Pour les affections uro-génitales, les affections ostéo-musculaires, la malnutrition, l'onchocercose et la chirurgie, les habitants de l'Ouest effectuent en moyenne des trajets plus longs, et même souvent deux fois plus longs, que ceux de l'Est. Cette différence considérable relève clairement de la forte attractivité de l'hôpital Saint-Martin pour ces pathologies.

Le comportement de recherche de soins particulier pour les traumatismes et les morsures de serpents ressort ici encore. Ce sont les deux seuls diagnostics pour lesquels les habitants de l'Ouest effectuent des trajets inférieurs à ceux de l'Est (respectivement 6,4 et 9,7 kilomètres pour les traumatismes et respectivement 8,2 et 21,4 kilomètres pour les morsures de serpents). Nous l'avons vu, le critère prépondérant de choix d'un service de santé est ici la proximité, à cause du caractère urgent de ces cas. Pour les traumatismes, les patients vont donc aux CCS ou au CSSP, plus rarement à l'hôpital Saint-Martin, alors principalement utilisé par les habitants de l'Est. Comme le CSSP est mieux centré par rapport aux habitants de l'Ouest que ne l'est l'hôpital confessionnel relativement à ceux de l'Est, le trajet moyen de ces derniers est plus long de 3,3 kilomètres. Le raisonnement est le même pour les morsures de serpents. Toutefois, l'absence de sérum antivenimeux dans plusieurs CCS focalise encore plus les patients sur les deux hôpitaux, chaque moitié de la sous-préfecture étant alors presque exclusivement tournée vers un seul hôpital. Le trajet moyen est plus court de 13,2 kilomètres pour les habitants de l'Ouest, moins dispersés autour de leur hôpital.

La distance moyenne parcourue pour atteindre l'hôpital Saint-Martin est globalement de 31,6 kilomètres. Elle se monte à 20,8 kilomètres pour les patients provenant de l'Est et à 48,9 kilomètres pour ceux de l'Ouest. Les maladies fréquemment diagnostiquées dans tous les services de santé génèrent des trajets en direction de l'hôpital Saint-Martin inférieurs à la moyenne, toutes pathologies confondues. Seules les affections uro-génitales font exception à

cette règle, tant en raison d'un trajet supérieur à la moyenne pour les patients de l'Est, que d'une proportion de patients provenant de l'Ouest supérieure à la moyenne pour cette affection.

Des diagnostics rares, comme les affections des sens et la malnutrition, semblent perçus comme peu importants par les habitants de l'Est. Pour ces pathologies, on y effectue des trajets plus courts que la moyenne. Pourtant, pour atteindre le lointain hôpital Saint-Martin, les habitants de l'Ouest parcourent un chemin aussi long, sinon plus, que la moyenne pour ces affections. De plus, pour ces pathologies les patients de l'Ouest y sont proportionnellement plus nombreux que ceux de l'Est. Signalons encore que les patients de l'Ouest effectuent en cas de malnutrition un trajet vers le CSSP presque deux fois plus long que pour l'ensemble des affections. Il semblerait donc qu'il y ait pour les affections des sens et plus encore pour la malnutrition une perception différente de la maladie entre les habitants des deux moitiés de la sous-préfecture.

On retrouve aussi un peu le même cas de figure pour les affections ostéo-musculaires. Ce diagnostic est celui qui génère le plus court trajet moyen des habitants de l'Est vers l'hôpital confessionnel (16,6 kilomètres). Par contre, deux fois plus de patients, en valeur absolue, sont venus de l'Ouest pour les affections ostéo-musculaires, parcourant en moyenne 48,2 kilomètres. Paradoxalement, les affections ostéo-musculaires sont également le diagnostic qui engendre le plus court trajet moyen au CSSP de Ouessè. Ces affections sont-elles alors vraiment considérées comme graves par les habitants de l'Ouest, comme le suggère leur recours à l'hôpital Saint-Martin? Il se peut que la catégorie des affections ostéo-musculaires, le plus souvent désignées sous les diagnostics de rhumatisme et courbatures dans les registres de santé, cache en fait deux sous-catégories de maladies bien distinctes quant à leur gravité et à leur durée: d'une part les simples courbatures ou les lumbagos, généralement consécutifs aux durs travaux champêtres, d'autre part l'arthrose, le rhumatisme aigu ou chronique (dans leur définition biomédicale), la drépanocytose... Les premiers seraient soignés surtout localement, alors que les seconds le seraient surtout à l'hôpital Saint-Martin. Mais cette hypothèse n'explique pas pourquoi les patients de l'Est effectuent de courts trajets moyens pour les affections ostéo-musculaires.

Les traumatismes et les morsures de serpents engendrent des trajets plus longs que la moyenne, aussi bien pour les patients venant de l'est que de l'ouest de la sous-préfecture. Il faut y voir la conséquence du manque de sérum antivenimeux dans certains CCS. Par contre, si l'on considère ensemble les deux parties de la sous-préfecture, ce type de problèmes de santé occasionnent les déplacements moyens les plus courts (respectivement 27,1 et 24,9 kilomètres). Cela est dû, nous l'avons vu, au fait que les patients de l'Ouest ne fréquentent guère l'hôpital Saint-Martin pour les traumatismes, au sens large. Cet exemple illustre bien la nécessité d'appréhender la réalité à différentes échelles. Considérés à l'échelle de la sous-préfecture, les traumatismes et morsures de serpents semblent perçus par la population comme des problèmes mineurs, ne justifiant pas un long déplacement. Vus à une échelle plus fine, celle de la demi-sous-préfecture, il apparaît que ces mêmes problèmes sont survalorisés par la population, du moins si l'on considère l'effort consenti pour visiter un service de santé adéquat comme une bonne mesure de l'importance accordée aux différentes pathologies.

C'est pour les opérations chirurgicales et surtout pour l'onchocercose que les patients parcourent les plus longs trajets moyens pour atteindre l'hôpital Saint-Martin. Cela s'explique par l'absence d'alternative (au moins jusqu'au printemps 1994 pour la chirurgie) dans la prise en charge de ces diagnostics. La gravité du problème de santé – il s'agit parfois d'une question de vie ou de mort – joue également un rôle dans la longueur des déplacements effectués pour subir une opération chirurgicale. Par contre, la longueur moyenne des trajets parcourus par les personnes souffrant d'onchocercose (44,2 contre seulement 31,6 kilomètres en moyenne, toutes

pathologies confondues) résulte bien plus de la localisation très périphérique par rapport à l'hôpital confessionnel de la plupart des cas, que d'un statut particulier de l'onchocercose.

La longueur moyenne des trajets, toutes pathologies confondues, effectués pour atteindre le CSSP de Ouessè n'est que de 3,4 kilomètres, soit environ neuf fois moins que pour l'hôpital Saint-Martin, plus excentré, mais surtout plus attractif.

D'une pathologie à l'autre, les variations sont généralement faibles. Le trajet moyen parcouru pour quatre affections est toutefois nettement plus élevé que la moyenne: malnutrition (7 kilomètres), opérations chirurgicales (6,2 kilomètres), morsures de serpents (6,1 kilomètres) et affections uro-génitales (4,4 kilomètres). Viennent ensuite les affections ostéo-musculaires et les affections de l'appareil digestif (3,5 kilomètres chacun), les dermatoses (3,3 kilomètres), les traumatismes (3,2 kilomètres), le paludisme (3,1 kilomètres), les affections de l'appareil respiratoire (3 kilomètres) et les affections des sens (2,8 kilomètres).

Une fois de plus, ce sont donc les pathologies les plus communes qui incitent le moins aux longs déplacements. Ces pathologies pouvant être prises en charge (quasi) aussi bien par les CCS que par le CSSP, nul n'est besoin d'allonger son trajet pour atteindre un service de santé largement similaire dans ses prestations. En effet, que le malade aille dans un CCS ou au CSSP, il sera toujours examiné par un infirmier, qui dispose des mêmes médicaments. Ce n'est que dans de rares cas que le potentiel de soins supérieur du CSSP (médecin, laboratoire, hospitalisation, palette de médicaments plus large) est effectivement mis à contribution.

Touchant à la procréation, qu'elle peut interdire, les affections uro-génitales jouissent sans doute d'un statut particulier. Quel que soit le niveau hiérarchique des services de santé, les patients parcourent une distance supérieure à la moyenne pour ce type d'affections. Celles-ci sont de plus souvent persistantes et incommodes. Raisons de plus pour consulter, quelle que soit la distance, plutôt que d'attendre une hypothétique guérison spontanée. Et cela d'autant plus que l'automédication pour de telles affections semble mal maîtrisée. La présence d'une maternité, avec des sages-femmes, au CSSP de Ouessè explique aussi l'attrait supérieur à la moyenne exercé par cet établissement pour les affections uro-génitales. Les "sages-femmes" des CCS de Gbanlin et de Djégbé sont en effet des infirmières de santé.

Le long trajet moyen relevé pour les morsures de serpents s'explique simplement: le CSSP est le seul service de santé de l'ouest de la sous-préfecture disposant de sérum antivenimeux. La conservation de ce sérum nécessite le stockage dans un réfrigérateur. Chaque CCS devrait en posséder un, essentiellement pour la conservation des vaccins et du sérum antivenimeux. Or celui du dispensaire de Tosso est en panne depuis longtemps. Il faudrait changer une pièce du brûleur à pétrole, qui n'est pas disponible dans la sous-préfecture. Un véhicule du CSSP va régulièrement à Parakou ou à Cotonou, mais l'infirmier du dispensaire ainsi que le comité de gestion du CCS ne semblent pas décidés à régler ce problème. Peut-être, qu'avec la nouvelle autonomie financière de chaque service de santé, craignent-ils les coûts récurrents de fonctionnement et d'entretien du réfrigérateur? Toujours est-il que la disponibilité dans la commune de Gbanlin de sérum ferait gagner un temps précieux, le dispensaire étant à dix kilomètres du CSSP. La personne mordue doit en effet recevoir une injection de sérum moins de six heures après la morsure. Or ces dernières surviennent souvent aux champs, parfois à plusieurs kilomètres des villages. De plus, du début de la matinée à la fin de l'après-midi, il n'y a souvent plus de taxis dans les villages. En 1994, 14 personnes de la commune de Gbanlin ont consulté un service de santé moderne pour morsures de serpents. Ce nombre n'est pas négligeable et une prise en charge locale s'impose pour ces cas potentiellement létaux.

Avec la fermeture de la clinique privée de Laminou, le CSSP de Ouessè est le seul établissement de l'ouest de la sous-préfecture pratiquant les opérations chirurgicales. Tout

comme pour les morsures de serpents, le trajet moyen pour les opérations est donc près du double de la moyenne de tous les trajets.

La relativement longue distance parcourue pour atteindre le CSSP en cas de malnutrition est plutôt inquiétante. Elle signifie plus une absence de prise en charge de la malnutrition par les CCS (15 cas relevés en 1994 pour les CCS de toute la sous-préfecture!), qu'une grande sensibilisation des parents à ce problème de santé, les poussant à consulter quelle que soit la distance et à rechercher un niveau de soins supérieur à celui des CCS. Même au niveau du CSSP, la malnutrition ne semble pas être considérée comme un réel problème de santé publique. Seuls 29 cas y ont été enregistrés en une année, alors que dans le même temps il y en avait 57 à l'hôpital Saint-Martin, pour les seuls patients de l'Ouest.

La distance moyenne parcourue pour atteindre l'un ou l'autre des CCS est extrêmement faible: 1,9 kilomètre, avec très peu de différence entre l'Est et l'Ouest. Cela confirme qu'une proportion importante des visiteurs habitent dans le village même où est implanté le CCS. Selon le CCS, la distance moyenne parcourue varie entre 1,1 kilomètre (Kémon) et 3 kilomètres (Kokoro). Il ne faut pas en déduire que le CCS de Kokoro est plus attractif que celui de Kémon. C'est même tout le contraire. Ces différences entre services de santé résultent essentiellement de la distribution de la clientèle potentielle relativement au CCS devant la desservir. Par exemple, la commune de Kémon ne compte que deux villages: Kémon (3'217 habitants en 1994) et Akpéro (1'101 habitants). Or les habitants d'Akpéro boycottent largement le CCS de Kémon (cf. partie IV, chap. 2b). Ce dernier n'est en conséquence utilisé quasi que par les habitants de Kémon, d'où ce trajet moyen de seulement 1,1 kilomètre¹. La commune de Challa Ogoï est par contre composée de six villages assez dispersés. Kokoro, qui abrite le dispensaire, ne compte que 28 % de la population de la commune. D'où ce trajet moyen pour l'atteindre presque aussi élevé que celui du CSSP.

Il n'existe pourtant aucune relation entre la distance moyenne parcourue pour atteindre un service de santé particulier et le nombre de consultations effectuées ou le taux d'utilisation. Contrairement à ce que l'on pourrait supposer, les services dont les patients viennent en moyenne de loin n'enregistrent pas forcément des taux d'utilisation supérieurs à ceux des services dont les patients proviennent de près. La distance moyenne dépend de la place dévolue par la population aux services dans la hiérarchie sanitaire et à la répartition spatiale de la population par rapport à ces services. Utilisé principalement comme centre d'autoréférence par les habitants de l'Ouest, l'hôpital Saint-Martin enregistre pour eux un taux d'utilisation de 67 % en 1994, pour un trajet moyen de 49 kilomètres. Avec quasi le même taux d'utilisation (64 %), le dispensaire de Tosso, utilisé comme premier recours, génère des trajets moyens de seulement 2,3 kilomètres.

Le calcul de la distance moyenne parcourue pour atteindre chaque service de santé permet de constater, sous une autre forme, ce que nous avons déjà relevé: la maternité de Gbanlin, récemment ouverte aux activités curatives, dessert principalement le seul village de Gbanlin, alors que le dispensaire de Tosso, à deux kilomètres, dessert l'ensemble de la commune, Idadjo excepté. La distance moyenne n'est en effet que de 1,4 kilomètre pour la maternité, contre 2,3 kilomètres pour le dispensaire. Cela s'explique par la bonne attraction du dispensaire depuis longtemps et par sa localisation plus centrale au sein de la commune.

Pour l'ensemble des CCS, les variations de distances moyennes parcourues par pathologie sont très faibles en valeurs absolues. La fourchette s'étend de 1,5 kilomètre, pour les morsures de serpents, à 2,2 kilomètres, pour les affections uro-génitales.

¹ Rappelons que l'on a attribué arbitrairement un trajet d'un kilomètre à tout patient habitant dans le village où est localisé le CCS.

Le poste de secours de Laminou ne dessert pratiquement que les villages de la commune de Laminou, soudés les uns aux autres, d'où ce trajet moyen de seulement 1,1 kilomètre, qui ne varie pas d'un diagnostic à l'autre.

e) Profil des patients hospitalisés et aire d'attraction des services d'hospitalisation

Il ne s'agit pas ici d'être aussi détaillé que pour les consultations curatives ambulatoires, et cela pour deux raisons. Premièrement, nous n'aurons à prendre en compte essentiellement que deux établissements: le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin de Papané. Ce sont en effet les deux seuls services de santé de la sous-préfecture qui pratiquent l'hospitalisation si l'on excepte les maternités des CCS qui gardent, de moins en moins longtemps d'ailleurs, les accouchées. En 1992, la clinique privée de Laminou hospitalisait également quelques patients. Elle a depuis quasi fermé ses portes. Deuxièmement, ce n'est pas tant l'organisation et le fonctionnement interne des services de santé qui nous intéressent que les attitudes et les comportements des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Or, si un patient potentiel peut en toute liberté décider s'il va consulter ou non, puis, le cas échéant choisir¹ un service de santé plutôt qu'un autre, il ne décide pas s'il doit être hospitalisé ou non. Tout au plus, peut-il refuser l'admission. Cela est possible, mais l'on n'ose pas toujours le faire face à l'autorité médicale (ou à l'autorité tout court?) que représente un agent de santé. Une échappatoire consiste à dire que l'on reviendra un peu plus tard, après être passé à la maison pour prendre ses affaires et de l'argent... et à ne pas revenir. Un autre cas de figure de compliance partielle consiste à "s'évader" (c'est le terme officiel!) de l'hôpital si l'on juge son séjour trop long, si l'on se sent mieux ou au contraire si le traitement reste inefficace... ou encore si l'on ne veut pas payer². Autrement dit, l'entrée dans le système de santé repose sur le libre arbitre du malade et de son entourage. Mais dès qu'il est pris en charge par un service de santé, il perd une partie de sa liberté.

Le profil par âge, sexe, provenance et pathologie des patients hospitalisés résulte donc davantage de la sélection effectuée par les agents de santé parmi l'ensemble des cas ambulatoires, que du comportement de recherche de soins de la population. Il nous semble toutefois intéressant d'analyser s'il existe un décalage entre le profil des consultants ambulatoires et celui des patients hospitalisés. Pour des raisons médicales, un tel décalage est prévisible selon le diagnostic: une personne mordue par un serpent aura une probabilité plus élevée d'être hospitalisée qu'un malade se plaignant de rhumatisme, par exemple. Une différence selon l'âge, notamment pour les bébés, pourrait s'expliquer par la plus grande vulnérabilité des enfants. Un décalage selon le sexe serait par contre plus difficile à expliquer par des raisons médicales.

Pour ce qui est de la distance, nous émettons l'hypothèse que les patients hospitalisés viennent en moyenne de plus loin que les patients ambulatoires. Deux raisons l'expliqueraient. Premièrement, les cas hospitalisés sont les plus graves. Poussé par la nécessité, un malade hésitera moins à parcourir un long trajet pour un tel cas³. Dans ce contexte, le taux d'hospitalisation par village ou plus probablement la proportion par village des patients hospitalisés pourrait être le révélateur de comportements thérapeutiques particuliers des populations habitant loin des services de santé. Deuxièmement, mais il s'agit là d'une hypothèse

¹ Il s'agit bien ici de liberté par rapport à l'organisation du système de soins. Il est clair que le patient est soumis à des contraintes – distance, moyens de transport à disposition, coût... – qui peuvent restreindre sa marge de manœuvre.

² Dans toute la mesure du possible, l'hospitalisation est payable à l'entrée et les médicaments dès qu'ils sont délivrés.

³ Il s'agit souvent de cas bénins à l'origine, que l'on a pas ou mal soignés justement parce que la maladie ne semblait pas grave et que le service de santé est éloigné. L'état de santé du malade se détériorant, on se résout enfin à effectuer le déplacement dont on espérait faire l'économie. Comme nous le verrons dans la partie réservée aux itinéraires thérapeutiques, cette stratégie est généralement payante, le malade guérissant souvent sans qu'il lui soit nécessaire de consulter.

beaucoup moins forte, il se peut que la décision de l'agent de santé d'hospitaliser ou non soit influencée par la provenance du patient. Certains traitements nécessitent en effet un passage répété au service de santé. Si le malade habite loin, le risque qu'il ne revienne pas ou pas assez souvent est grand. Hospitaliser certains patients lointains, que l'on traiterait de façon ambulatoire s'ils habitaient à proximité, pourrait donc constituer une stratégie des agents de santé pour assurer la continuité des soins.

L'hôpital Saint-Martin tient un registre chronologique des patients hospitalisés, ce qui n'est pas le cas pour les patients ambulatoires. Il n'est donc pas nécessaire ici de se livrer à des extrapolations pour connaître le nombre exact de cas hospitalisés dans l'année. Le CSSP de Ouessè tient un registre similaire. N'oublions pas, lorsque nous comparerons les proportions de patients ambulatoires qui sont hospitalisés, que l'hôpital Saint-Martin enregistre toutes les consultations, alors que le CSSP de Ouessè et la clinique de Laminou ne comptabilisent que les épisodes de maladie. Ce léger biais diminue la proportion de patients hospitalisés à l'hôpital confessionnel.

Comme les soins maternels et infantiles seront traités à part, les femmes hospitalisées en raison d'un accouchement ne sont pas prises en considération ici, sauf si une césarienne s'est avérée nécessaire. Par contre, les femmes hospitalisées à la maternité du CSSP de Ouessè pour un autre motif que l'accouchement (infections uro-génitales, pathologies accompagnant une grossesse) sont comptabilisées puisqu'il s'agit de soins curatifs.

Evolution du nombre de patients hospitalisés et du taux d'hospitalisation

De 1992 à 1993, le nombre de patients habitant la sous-préfecture de Ouessè et hospitalisés pour des soins curatifs dans les services de santé de la sous-préfecture reste constant (cf. Tableau 74). De 1993 à 1994, ce nombre augmente légèrement (+ 9 %). Tout comme les consultations ambulatoires, les hospitalisations se caractérisent donc par une grande stabilité dans le temps. Pendant ces trois années, la part respective des trois établissements pratiquant l'hospitalisation fluctue cependant sensiblement. En 1992, la clinique privée de Laminou assure environ 5 % des hospitalisations. Elle fermera ses portes à la fin de cette année.

Tableau 74 Evolution par région de provenance du nombre de patients hospitalisés de 1992 à 1994 dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè (sources: registres d'hospitalisation).

	1992		1993		1994	
	N	%	N	%	N	%
Hôpital St-Martin Est*	737	43.9	803	48.1	764	42.0
Hôpital St-Martin Ouest**	199	11.9	348	20.8	346	19.0
Total hôpital St-Martin	936	55.8	1151	68.9	1110	61.0
CSSP de Ouessè Ouest**	614	36.6	472	28.2	683	37.5
CSSP de Ouessè Est*	22	1.3	15	0.9	18	1.0
Total CSSP de Ouessè	650	38.7	520	31.1	711	39.0
Clinique de Laminou	92	5.5	0	0.0	0	0.0
Total sous-préfecture	1678	100.0	1671	100.0	1821	100.0

Légende: * Est: patients provenant de la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè;

** Ouest: patients provenant de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

N.B. y compris les accouchements pour le seul hôpital Saint-Martin (84, dont 34 par césarienne en 1994).

L'hôpital Saint-Martin assure chaque année la majorité des hospitalisations. Sa part augmente de 55,8 % à 68,9 % de 1992 à 1993. Cependant, le nombre de consultations ambulatoires y augmente plus fortement entre ces deux dates (+ 35,5 %), que le nombre d'hospitalisations (+ 23 %). Cette forte croissance de l'activité de l'hôpital Saint-Martin est toutefois brusquement stoppée par l'augmentation des tarifs des soins et des courses en taxi, consécutifs à la dévaluation du FCFA, en janvier 1994. Le nombre de consultations ambulatoires chute alors de 38,4 %, de 1993 à 1994. Il est par contre intéressant de relever que, sur la même période, le nombre d'hospitalisations n'a qu'à peine fléchi (– 3,6 %). Il reste même sensiblement supérieur au résultat obtenu en 1992. Nous en déduisons que l'augmentation du coût d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin a renforcé son rôle de référence: encore plus qu'avant, cet établissement est fréquenté pour les cas les plus graves – gravité dont l'hospitalisation est un bon indice. Malgré cette stabilité, la part des hospitalisations assurée par l'hôpital confessionnel régresse en 1994, au profit du CSSP de Ouessè.

En 1992, le CSSP effectue presque 39 % des hospitalisations de la sous-préfecture. De 1992 à 1993, le nombre des hospitalisés y régresse de 20 %, alors que dans le même temps celui des consultations ambulatoires augmente pourtant de 16 %. Si, pour les soins ambulatoires, le CSSP de Ouessè a moins que l'hôpital Saint-Martin tiré profit de la fermeture de la clinique de Laminou dans l'agglomération de Ouessè, il n'en a rien retiré pour les hospitalisations. En 1994, le CSSP retrouve sa position de 1992, après une forte augmentation du nombre d'hospitalisations (+ 36,7 %).

Les patients de la sous-préfecture hospitalisés à l'hôpital Saint-Martin proviennent surtout de l'Est, en raison de la proximité. Toutefois, tout comme pour les consultations ambulatoires – et les deux choses sont sans doute liées – l'écart entre l'Est et l'Ouest s'atténue rapidement avec le temps. En 1992, les hospitalisés provenant de l'Est sont 3,7 plus nombreux que ceux venant de l'Ouest. Ce rapport n'est plus que de 2,3 en 1993 et de 2,2 en 1994. Autrement dit, la forte augmentation du nombre d'hospitalisations observée en 1993 concerne surtout les patients de l'Ouest (+ 74,9 %). De plus, le léger recul enregistré en 1994 n'implique que les patients de l'Est. Ainsi, non seulement l'augmentation des prix consécutive à la dévaluation du FCFA n'a pas eu d'impact sur le nombre global de personnes hospitalisées, mais encore les habitants de l'Ouest surmontent cette hausse au moins aussi bien que ceux de l'Est, malgré un éloignement supérieur.

Au CSSP de Ouessè, la part des hospitalisés provenant de l'est de la sous-préfecture est extrêmement faible. Cette part diminue encore avec le temps. Elle passe en effet de 1 sur 28 en 1992 à 1 sur 38 en 1994. Tout comme pour les consultations ambulatoires, l'aire d'attraction hospitalière du CSSP tend donc à se réduire de plus en plus.

Stable de 1992 à 1994, le taux d'hospitalisation¹ pour l'ensemble de la sous-préfecture est d'environ 32 % (cf. Tableau 75), chiffre à rapprocher du taux d'utilisation global des services de santé moderne, soit 32 %, stable lui aussi. Il y a donc, à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, un facteur dix entre le nombre de consultations ambulatoires et d'hospitalisations.

Hormis en 1993 où il y a égalité, le taux d'hospitalisation est sensiblement supérieur pour l'ouest que pour l'est de la sous-préfecture. Nous avons déjà vu qu'il en va de même pour les consultations ambulatoires. Ces deux taux sont d'ailleurs partiellement liés, ou même totalement si la probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire est identique dans les deux moitiés de la sous-préfecture; chose que nous vérifierons bientôt.

La forte augmentation du taux d'hospitalisation enregistrée à l'hôpital Saint-Martin pour les patients provenant de l'ouest de la sous-préfecture correspond assez précisément à la

¹ Nombre de personnes hospitalisées durant l'année pour 1'000 personnes.

diminution enregistrée pour l'Ouest par le CSSP de Ouessè. Tout comme nous l'avons déjà remarqué pour les consultations ambulatoires, le nombre global d'hospitalisations ne fluctue pas entre 1992 et 1994, bien que la répartition entre les établissements varie d'une année à l'autre.

En 1994, le taux d'hospitalisation à l'hôpital Saint-Martin est de 20 ‰. Il est 2,3 fois plus élevé pour les patients de l'Est que ceux de l'Ouest. Ce taux est seulement de 13 ‰ au CSSP de Ouessè. L'écart entre l'Ouest et l'Est y est énorme (respectivement 25 ‰ et 1 ‰). En 1994, les habitants de l'Ouest connaissent globalement un taux d'hospitalisation sensiblement supérieur à ceux de l'Est: 37 ‰ contre 29 ‰. Cela correspond à l'utilisation des services de santé supérieure dans l'Ouest.

Tous services de santé confondus, le taux d'hospitalisation des hommes de la sous-préfecture de Ouessè est toujours supérieur à celui des femmes de 1992 à 1994 (cf. Tableau 76). Mais la différence est minime; selon le test du χ^2 seule la différence pour l'année 1993 est statistiquement significative ($p = 0,05$). Pour les consultations ambulatoires, un tel constat ne s'impose que pour l'année 1994. Les deux autres années, les taux féminins d'utilisation sont très faiblement supérieurs à ceux des hommes. A l'hôpital Saint-Martin comme au CSSP de Ouessè, le taux d'hospitalisation est presque équilibré selon le sexe, pour les trois années. A la clinique privée de Laminou, le nombre d'hommes hospitalisés est par contre bien supérieur à celui des femmes.

Ces taux d'hospitalisation par sexe sont cependant un peu moins similaires si l'on oppose les hospitalisés de l'Est à ceux de l'Ouest. De plus, ils évoluent différemment de 1992 à 1994. D'inférieur à celui des hommes en 1992, le taux d'hospitalisation des femmes de l'Est devient supérieur dès 1993. Mais pour les trois années aucune différence n'est statistiquement significative. A l'Ouest, d'une situation presque équilibrée en 1992, on passe à un net avantage masculin dès 1993 (33 ‰ contre 26 ‰, $p = 0,001$), qui se confirme en 1994 (41 ‰ contre 34 ‰, $p = 0,01$).

Tableau 75 Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè (sources: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	1992		1993		1994	
	N	‰	N	‰	N	‰
Hôpital St-Martin Est*	737	28	803	30	764	28
Hôpital St-Martin Ouest**	199	8	348	13	346	12
Total hôpital St-Martin	936	18	1151	21	1110	20
CSSP de Ouessè Ouest**	614	24	472	18	683	25
CSSP de Ouessè Est*	22	1	15	1	18	1
Total CSSP de Ouessè	650	12	520	10	711	13
Clinique de Laminou	92	2	0	0	0	0
Total est sous-préfecture	759	29	818	31	782	28
Total ouest sous-préfect.	905	35	820	30	1029	37
Total sous-préfecture	1678	32	1671	31	1821	33

Légende: * Est: patients provenant de la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè;

** Ouest: patients provenant de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

N.B. y compris les accouchements pour le seul hôpital Saint-Martin (84, dont 34 par césarienne en 1994).

Des évolutions divergentes des taux d'hospitalisation selon le sexe et la provenance s'observe aussi entre les deux hôpitaux. Les taux d'hospitalisation des hommes de l'Est à

l'hôpital Saint-Martin sont légèrement supérieurs à ceux des femmes de l'Est, en 1992. Puis la tendance s'inverse. Les hommes provenant de l'Ouest y sont par contre toujours proportionnellement un peu plus nombreux que les femmes, surtout en 1993. De 1992 à 1994, le taux d'hospitalisation au CSSP de Ouessè des femmes provenant de l'Ouest a chuté par rapport à celui des hommes, si bien que de plus élevé, il devient moins élevé dès 1993 et que l'écart se creuse en 1994 (28 ‰ pour les hommes et 22 ‰ pour les femmes, $p = 0,004$).

Tout comme pour les consultations ambulatoires, les écarts entre les taux d'hospitalisation selon la catégorie d'âge sont très prononcés (cf. Tableau 77). Pour l'ensemble de la sous-préfecture, les enfants de moins d'un an sont proportionnellement les plus gros utilisateurs des services d'hospitalisation, et cela pour les trois années. Les enfants de 1 à 4 ans viennent ensuite, loin derrière (en 1992, ce sont les adultes qui occupent cette deuxième position). Les adultes arrivent en troisième position, alors que les enfants de 5 à 14 ans ferment la marche. Nous retrouvons donc le même classement que pour les consultations ambulatoires. L'écart entre les deux classes extrêmes est dans un rapport de 1 à 13, en 1993 et 1994. Le taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an augmente régulièrement de 120 ‰ à 149 ‰ entre 1992 et 1994 (+ 24 ‰). Il en va de même pour celui des enfants de 1 à 4 ans (de 31 ‰ à 48 ‰, soit une augmentation de presque 55 ‰). Celui des enfants de 5 à 14 ans stagne par contre autour de 10 ‰ à 12 ‰. Celui des adultes a même chuté de 37 ‰ à 30 ‰ entre 1992 et 1993, alors que dans le même temps le nombre de consultations ambulatoires d'adultes restait stable. L'année 1994 enregistre une légère reprise (32 ‰).

Tableau 76 Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation par sexe dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè (sources: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	1992				1993				1994			
	H	‰	F	‰	H	‰	F	‰	H	‰	F	‰
Hôpital St-Martin Est*	388	30	349	27	391	29	412	31	362	26	402	29
H. St-Martin Ouest**	100	8	98	7	192	15	156	11	179	13	167	12
Total hôpital St-Martin	488	19	447	17	583	22	568	21	541	20	569	20
CSSP Ouessè Ouest**	269	22	339	25	234	18	207	15	365	28	318	22
CSSP de Ouessè Est*	14	1	7	1	6	1	7	1	7	1	11	1
Total CSSP de Ouessè	283	13	346	14	240	10	214	9	374	14	333	12
Clinique de Laminou	57	2	35	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total est sous-préf.	402	31	356	27	397	30	419	31	369	27	413	30
Total ouest sous-préf.	426	34	472	35	426	33	363	26	544	41	485	34
Total sous-préfecture	828	33	828	31	823	31	782	28	915	34	902	32

Légende: * Est: patients provenant de la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè;
 ** Ouest: patients provenant de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

N.B. y compris les accouchements pour le seul hôpital Saint-Martin (84, dont 34 par césarienne en 1994).

Pour les trois années, les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an et de 1 à 4 ans sont systématiquement plus élevés dans l'ouest de la sous-préfecture que dans l'est. L'écart est particulièrement important pour les enfants de 1 à 4 ans (environ du simple au double). Les taux d'hospitalisation sont beaucoup plus équilibrés entre les deux moitiés de la sous-préfecture pour les personnes de 5 ans et plus.

A l'hôpital Saint-Martin, le taux d'hospitalisation des adultes arrive toujours au deuxième rang, loin derrière celui des enfants de moins d'un an. Cela est conforme à ce que nous avons

déjà constaté pour les consultations ambulatoires. Par classe d'âge, nous relevons la même évolution dans le temps que pour l'ensemble des hospitalisés, avec une poussée particulièrement forte des enfants de 1 à 5 ans en 1993 (doublement). Tout cela reste vrai aussi bien pour les hospitalisés venant de l'Est que de l'Ouest. Pour toutes les classes d'âge, le taux d'hospitalisation est nettement plus élevé pour l'Est que pour l'Ouest, en raison de la proximité. Cet écart tend cependant fortement à s'estomper, sauf pour les adultes entre 1993 et 1994. Nous retrouvons là une autre tendance déjà observée pour les consultations ambulatoires.

Au CSSP de Ouessè, le classement des catégories d'âge selon leur taux d'hospitalisation est conforme à celui enregistré pour l'ensemble de la sous-préfecture. L'évolution dans le temps y est peu marquée, si ce n'est une chute du taux d'hospitalisation des adultes en 1993, suivi d'un rattrapage partiel en 1994. C'est donc bien à cause du CSSP de Ouessè que le taux d'hospitalisation des adultes pour l'ensemble de la sous-préfecture a diminué de 7 points en 1993, car dans le même temps il a progressé de 3 points à l'hôpital Saint-Martin.

En 1992, la clinique privée de Laminou enregistre un taux d'hospitalisation aussi élevé pour les adultes que pour les enfants de moins d'un an, indice supplémentaire indiquant que cet établissement attirait surtout des adultes.

Tableau 77 Evolution entre 1992 et 1994 du taux d'hospitalisation par âge dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè (sources: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	1992								1993								1994							
	T1	%	T2	%	T3	%	T4	%	T1	%	T2	%	T3	%	T4	%	T1	%	T2	%	T3	%	T4	%
St-Martin Est*	118	108	72	17	90	12	457	34	132	118	126	29	81	11	464	34	142	123	123	28	59	8	440	31
S-Mar. Ouest**	24	22	22	5	19	2	132	10	39	35	60	14	28	3	221	17	53	47	62	14	40	5	191	14
Total St-Martin	142	66	94	11	109	7	589	23	171	77	186	22	109	7	685	26	195	85	185	21	99	6	631	23
CSSP Ouest**	108	101	149	36	60	7	291	23	121	110	162	38	48	6	110	8	140	124	231	53	78	9	234	17
CSSP Est*	2	2	3	1	2	0	14	1	4	5	1	0	3	1	5	0	4	3	6	1	2	0	6	0
Total CSSP	110	58	152	21	62	4	305	13	125	65	163	22	51	4	115	5	145	63	239	27	80	5	243	9
Cl. Laminou	7	3	9	1	11	1	65	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total Est*	120	110	75	18	92	13	471	36	136	121	127	29	84	11	469	34	146	126	129	29	61	8	446	32
Total Ouest**	139	130	180	44	90	11	488	39	160	146	222	52	76	9	331	25	193	170	293	67	118	13	425	32
Total SP	259	120	255	31	182	12	959	37	296	133	349	41	160	10	800	30	340	149	424	48	179	11	874	32

Légende: * Est: patients provenant de la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè;

** Ouest: patients provenant de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

N.B. y compris les accouchements pour le seul hôpital Saint-Martin (84, dont 34 par césarienne en 1994).

Nous avons déjà dit ailleurs l'impression subjective que laisse une visite des salles d'hospitalisation des deux établissements: les lits de l'hôpital Saint-Martin sont surtout occupés par des adultes, alors que le contraire prévaut au CSSP. Nous pouvons maintenant, chiffres à l'appui, confirmer cette perception subjective. A l'hôpital confessionnel, les adultes hospitalisés sont de 1,5 (1993 et 1994) à 1,7 fois (1992) plus nombreux que l'ensemble des enfants. Au CSSP, les enfants sont par contre 1,1 fois en 1992, 1,9 fois en 1994 et même 2,9 fois en 1993 plus nombreux que les adultes. Nous insistons, ces différences sont très visibles. Elles contribuent sans doute à forger l'image de ces deux établissements: hôpital pour les adultes et hôpital pour les enfants. Relevons toutefois que jamais la population nous a parlé en ces termes de ces hôpitaux.

L'hospitalisation comme marqueur du niveau hiérarchique perçu d'un hôpital

Est-ce que la probabilité d'être hospitalisé, suite à une consultation ambulatoire, diffère d'un établissement à l'autre? Est-ce que pour un même établissement cette probabilité est la même quelle que soit la provenance des patients? Cette probabilité se modifie-t-elle au cours du temps? Si oui, quels sont les facteurs qui peuvent l'expliquer? L'intérêt de ces questions réside dans l'hypothèse selon laquelle une probabilité élevée d'hospitalisation signale, au-delà de pratiques thérapeutiques propres à chaque hôpital et même à chaque agent de santé, une plus grande gravité des cas examinés. Comme il existe un lien entre la gravité perçue de la maladie¹ et le comportement thérapeutique, notamment la tendance au recours à un service de santé de rang d'autant plus élevé que la maladie est grave (cf. partie IV, chap. 2c), nous avons là un indicateur indirect de la perception populaire de la hiérarchie sanitaire régionale.

De même, la distance moyenne parcourue par les patients qui seront hospitalisés pour atteindre un hôpital est aussi un indicateur de son niveau hiérarchique. Nous posons l'hypothèse que, pour un hôpital donné, le trajet moyen effectué par un hospitalisé est supérieur à celui d'un patient ambulatoire et qu'il augmente avec le niveau hiérarchique de l'hôpital.

Probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire

En 1992, la probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire est la même à l'hôpital Saint-Martin et au CSSP de Ouessè (15 %; cf. Tableau 78). Cette probabilité est sensiblement plus faible (12,1 %) à la clinique privée de Laminou, jouissant d'un statut populaire assez ambigu, plus ou moins assimilable à celui du CSSP. La forte augmentation du nombre de patients enregistrée en 1993 par l'hôpital Saint-Martin s'accompagne d'une légère diminution de cette probabilité (13,6 %), peut-être à cause de la saturation des places disponibles. Selon notre hypothèse liant hospitalisation et gravité, cet afflux de patients en 1993 est donc caractérisé par une certaine baisse de la gravité moyenne des cas enregistrés. Il semble donc partiellement s'effectuer au détriment du rôle de centre de référence que tient à jouer l'hôpital confessionnel. Parallèlement à cette évolution, le CSSP enregistre une forte diminution de la probabilité d'y être hospitalisé en cas de consultation (de 14,9 % en 1992 à 10,3 % en 1993). Tout se passe comme si les cas les plus graves désertent davantage le CSSP au profit de l'hôpital Saint-Martin. En 1994, la dévaluation du FCFA contracte fortement le nombre de consultations ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin, mais à peine le nombre d'hospitalisations. Il en résulte une très forte augmentation de la probabilité d'y être hospitalisé (de 13,6 % à 21,4 %). Nous parvenons là, par une voie un peu différente, à la conclusion déjà énoncée plus haut pour les cas ambulatoires: l'augmentation du coût total du recours à l'hôpital confessionnel a inversé la tendance enregistrée en 1993, renforçant nettement le rôle de centre de référence assuré par cet établissement. Comme une part appréciable des patients de l'Ouest, qui allaient en 1993 à l'hôpital Saint-Martin (cas plutôt graves), recourent désormais au CSSP de Ouessè, la gravité moyenne des cas dans cet hôpital s'en trouve augmentée (la probabilité d'hospitalisation y passe de 10,2 % à 12,4 %). Cette probabilité reste toutefois très en retrait par rapport à celle enregistrée à l'hôpital confessionnel.

Bien que plus élevée qu'au CSSP de Ouessè, la proportion de patients ambulatoires qui sont hospitalisés à l'hôpital Saint-Martin serait sans doute encore supérieure, si la capacité d'accueil de cet hôpital n'était pas saturée presque en permanence, surtout en 1993. Il arrive même que des patients hospitalisés soient installés entre les lits. La visite matinale des patients

¹ Il faut toutefois être conscient qu'il existe un décalage entre la gravité d'un cas de maladie telle que perçue par le malade et telle qu'appréciée par le thérapeute. Très peu d'études existent sur la conformité de l'opinion des uns et des autres. Mentionnons, dans un contexte bien différent, celle d'INGRAM, CLARKE et MURDIE (1978), qui, dans une ville nord-américaine, confrontent la perception de l'urgence d'un cas par le patient à celle des médecins d'un service des urgences.

hospitalisés – avant le début des consultations – par l’infirmier et l’aide-soignant de garde accompagnés des médecins permet, entre autres, de “libérer” les personnes guéries et de compter le nombre de lits disponibles pour les admissions de la journée. Cette faible marge de manoeuvre influence sans doute la décision d’hospitaliser ou non, lors des consultations, étant bien entendu toutefois que pour les cas très graves l’on trouvera toujours une place.

Tableau 78 Evolution entre 1992 et 1994 de la probabilité d’être hospitalisé lors d’une consultation dans les hôpitaux de la sous-préfecture de Ouessè (sources: registres et fichier des patients ambulatoires et des hospitalisés).

	1992			1993			1994		
	N amb	N hosp	%	N amb	N hosp	%	N amb	N hosp	%
Hôp. St-Martin Est*	4685	737	15.7	5627	803	14.3	3277	764	23.3
Hôp. St-Martin Ouest**	1542	199	12.9	2808	348	12.4	1917	346	18.0
Total hôpital St-Martin	6227	936	15.0	8435	1151	13.6	5194	1110	21.4
CSSP Ouessè Ouest**	4072	614	15.1	4618	472	10.2	5496	683	12.4
CSSP Ouessè Est*	118	22	18.6	87	15	17.2	84	18	21.4
Total CSSP Ouessè	4358	650	14.9	5063	520	10.3	5600	711	12.7
Clinique Laminou	761	92	12.1	0	0	0.0	0	0	0.0
Total sous-préfecture	11346	1678	14.8	13498	1671	12.4	10794	1821	16.9

Légende: * Est: patients provenant de la moitié est de la sous-préfecture de Ouessè;

** Ouest: patients provenant de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè.

N.B. y compris les accouchements pour le seul hôpital Saint-Martin (84, dont 34 par césarienne en 1994).

Nous venons de voir que la probabilité d’être hospitalisé lors d’une consultation ambulatoire varie d’un hôpital à l’autre et dans le temps. Vérifions à présent notre hypothèse selon laquelle cette probabilité varie également en fonction de l’éloignement de l’hôpital. Pour ce faire, nous étudierons, dans un premier temps, cette probabilité en distinguant l’est et l’ouest de la sous-préfecture, puis, dans un deuxième temps, nous examinerons la situation plus en détail, au niveau de chaque localité. Nous avons donc construit, pour chacun des deux hôpitaux, un graphique montrant la probabilité d’être hospitalisé, en fonction de la distance¹. Comme la provenance notifiée des hospitalisés à l’hôpital Saint-Martin provenant de l’ouest de la sous-préfecture comporte un biais évident² en faveur du village de Ouessè (219 des 337 hospitalisés de l’Ouest à lui seul), nous avons dû regrouper tous les villages de l’Ouest et leur attribuer un éloignement moyen de 49 kilomètres.

Sur le Tableau 78, nous lisons qu’entre 1992 et 1994 la probabilité d’admission est toujours supérieure à l’hôpital Saint-Martin pour les patients provenant de l’Est, habitant pour la plupart plus près, que pour ceux venant de l’Ouest. Cela contredit notre hypothèse d’une corrélation positive entre la gravité des cas reçus et la distance parcourue. La Figure 84 montre bien que, pour l’hôpital Saint-Martin, il n’existe aucun lien entre la probabilité d’hospitalisation et la distance. De plus, la dispersion de cette probabilité calculée par localité est large (environ de 7 % à 32 %). Au-delà de la part de hasard, renforcée par des chiffres modestes pour certains

¹ Nous avons souvent pu utiliser ici les données de provenance par village non officiel en plus des villages officiels.

² Nous sommes étonné de retrouver en 1994 ce biais pour les hospitalisés. Nous avons en 1992 et en 1993 insisté pour que la provenance des patients de l’Ouest soit détaillée au niveau du village, comme cela était pratiqué pour l’Est, plus proche et mieux connu des agents de santé de l’hôpital Saint-Martin. Nous sommes largement parvenus à nos fins pour les soins ambulatoires en 1994. Pourquoi alors cet échec pour les hospitalisations? Les agents de santé étant polyvalents et échangeant souvent leurs rôles, la piste d’un biais systématique due à une spécialisation des tâches et à bannir.

villages, ce constat suggère des comportements de recherche de soins spécifiques à certains villages.

Cette différence entre l'Est et l'Ouest inverse de celle attendue, s'explique peut-être par une autre différence majeure relevée entre les deux moitiés de la sous-préfecture: les habitants de l'Ouest utilisent davantage les soins de santé modernes, tous services confondus, que ceux de l'Est. La différence entre les taux d'utilisation respectifs est de l'ordre de 10 points (cf. Tableau 93). Puisque les habitants de l'Est consultent moins, on peut penser que les cas soumis à consultation, à l'hôpital Saint-Martin notamment, sont en moyenne plus graves que les cas des habitants de l'Ouest. Cela expliquerait la différence constatée entre l'Est et l'Ouest, mais pas l'absence de corrélation¹ entre probabilité d'hospitalisation et distance, pour les seuls villages de l'Est.

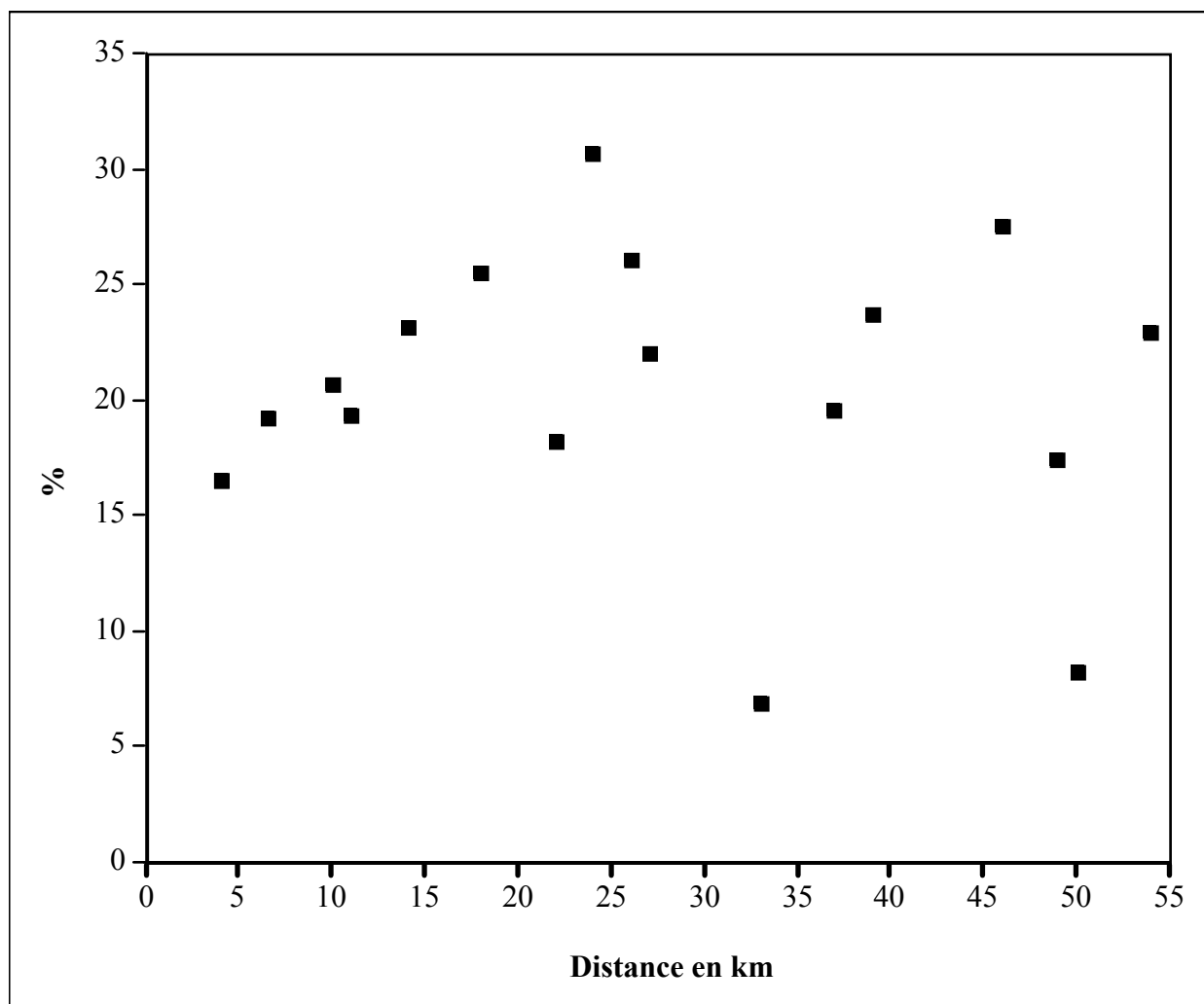


Figure 84 Probabilité en fonction de la distance qu'une consultation ambulatoire à l'hôpital Saint-Martin débouche sur une hospitalisation, en 1994 (sources: fichier de patients et registre d'hospitalisation).

Par contre, notre hypothèse est vérifiée pour le CSSP de Ouessè: la probabilité d'y être admis augmente avec la distance. Elle est notamment élevée pour les patients provenant de l'Est. L'écart entre les patients de l'Est et de l'Ouest s'y accroît de plus avec le temps. Il passe de 3,5 à

¹ Une bonne corrélation existe pourtant jusqu'à une distance de 25 kilomètres. Au-delà, ce n'est plus le cas, mais la faiblesse des effectifs l'explique peut-être.

9 points entre 1992 et 1994 (cf. Tableau 78). Si l'on considère la situation par localité (cf. Figure 85), nous observons une augmentation assez régulière de la proportion d'hospitalisation avec la distance. Donc, plus un patient vient de loin et plus son cas est, en moyenne, grave. Ce qui implique, d'une part que la gravité de la maladie influence l'effort que l'on est prêt à consentir pour se rendre dans un service de santé et, d'autre part, que la population évalue assez bien le degré de gravité de ses problèmes de santé.

En 1992 et 1993, la probabilité de se faire hospitaliser lors d'une visite à l'hôpital Saint-Martin est d'un quart supérieure pour les hommes que pour les femmes. L'année suivante, après une forte baisse générale du nombre de consultations ambulatoires, hommes et femmes ont quasi la même probabilité d'être hospitalisés. Par contre, la probabilité des hommes d'être hospitalisés au CSSP de Ouessè est légèrement inférieure à celle des femmes en 1992 et en 1994, mais égale en 1993. En 1992, cette probabilité est deux fois supérieure pour les hommes à la clinique privée de Laminou.

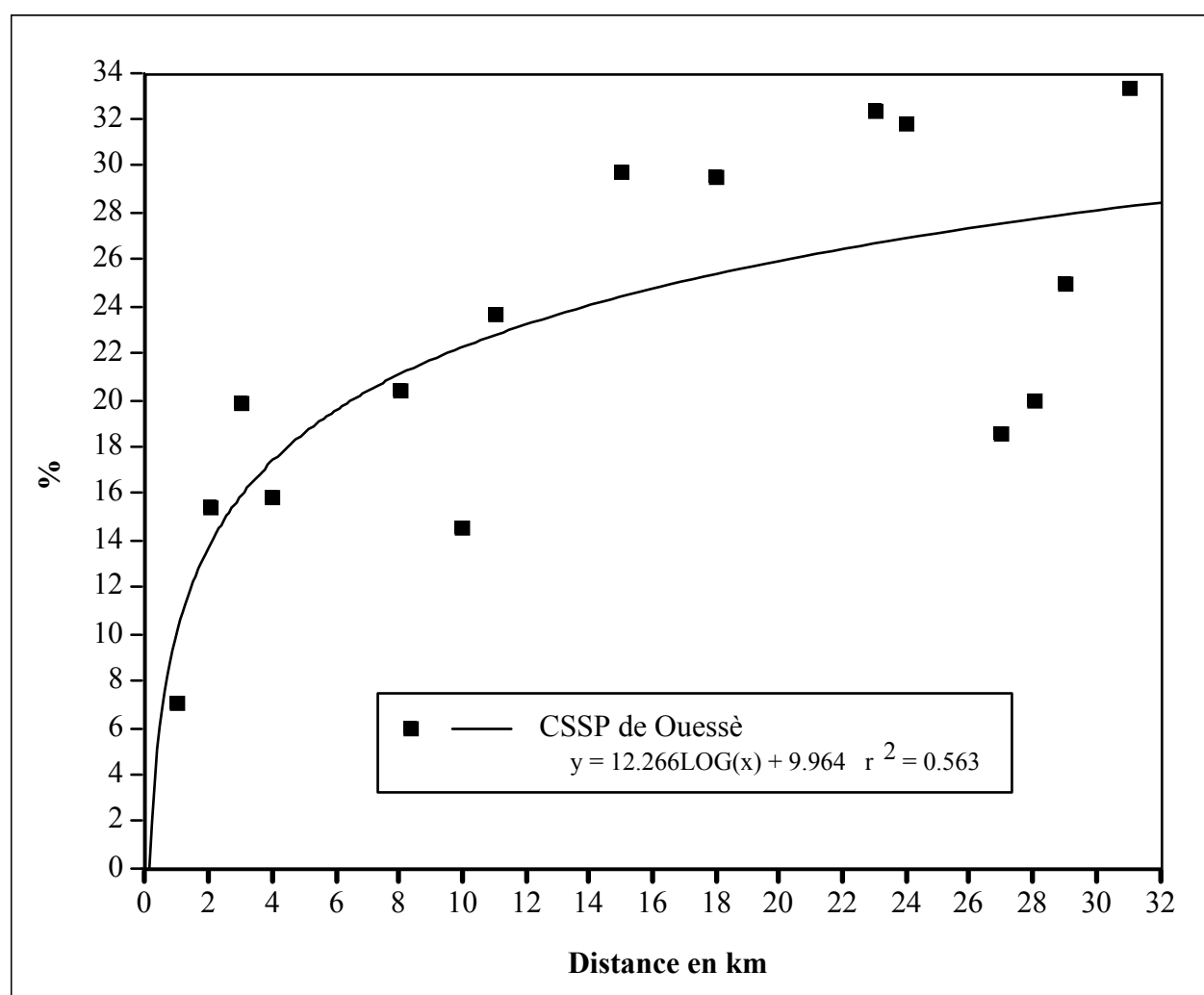


Figure 85 Probabilité en fonction de la distance qu'une nouvelle consultation ambulatoire au CSSP de Ouessè débouche sur une hospitalisation, en 1994 (sources: fichier de patients et registre d'hospitalisation).

En 1994, la probabilité d'être hospitalisé à l'hôpital Saint-Martin en fonction de l'âge est d'autant plus forte que l'on est jeune. De 28,3 % pour les bébés de moins d'un an, cette probabilité diminue régulièrement jusqu'à 19 % pour les adultes. Faut-il y voir la prise en

considération par les agents de santé de la plus grande fragilité des enfants, et particulièrement des plus jeunes d'entre eux? Ou faut-il y voir, hypothèse moins réjouissante, l'indice que les maladies amenant les enfants sont plus graves que celles des adultes? Les deux hypothèses ne sont d'ailleurs pas exclusives. Toutefois, les écarts selon l'âge étaient moins marqués en 1993 et il n'y avait pas de tendance en 1992 (probabilité minimale pour les 1 à 4 ans et les adultes et probabilité maximale pour les enfants de moins d'un an et les enfants de 5 à 14 ans). La probabilité, selon l'âge, d'être hospitalisé lors d'une visite au CSSP distingue clairement deux catégories de patients en 1994: les moins de 5 ans et les plus de 5 ans. Elle est d'environ 17,5 % pour les premiers, alors qu'elle tombe à moins de 10 % pour les seconds. La tendance était la même en 1992 et en 1993, avec toutefois des écarts moindres entre ces deux groupes. A l'inverse, les plus de 5 ans avaient en 1992 une probabilité supérieure à celle des moins de 5 ans d'être hospitalisés à la clinique privée de Laminou lors d'une consultation (respectivement environ 13 % et 9 %).

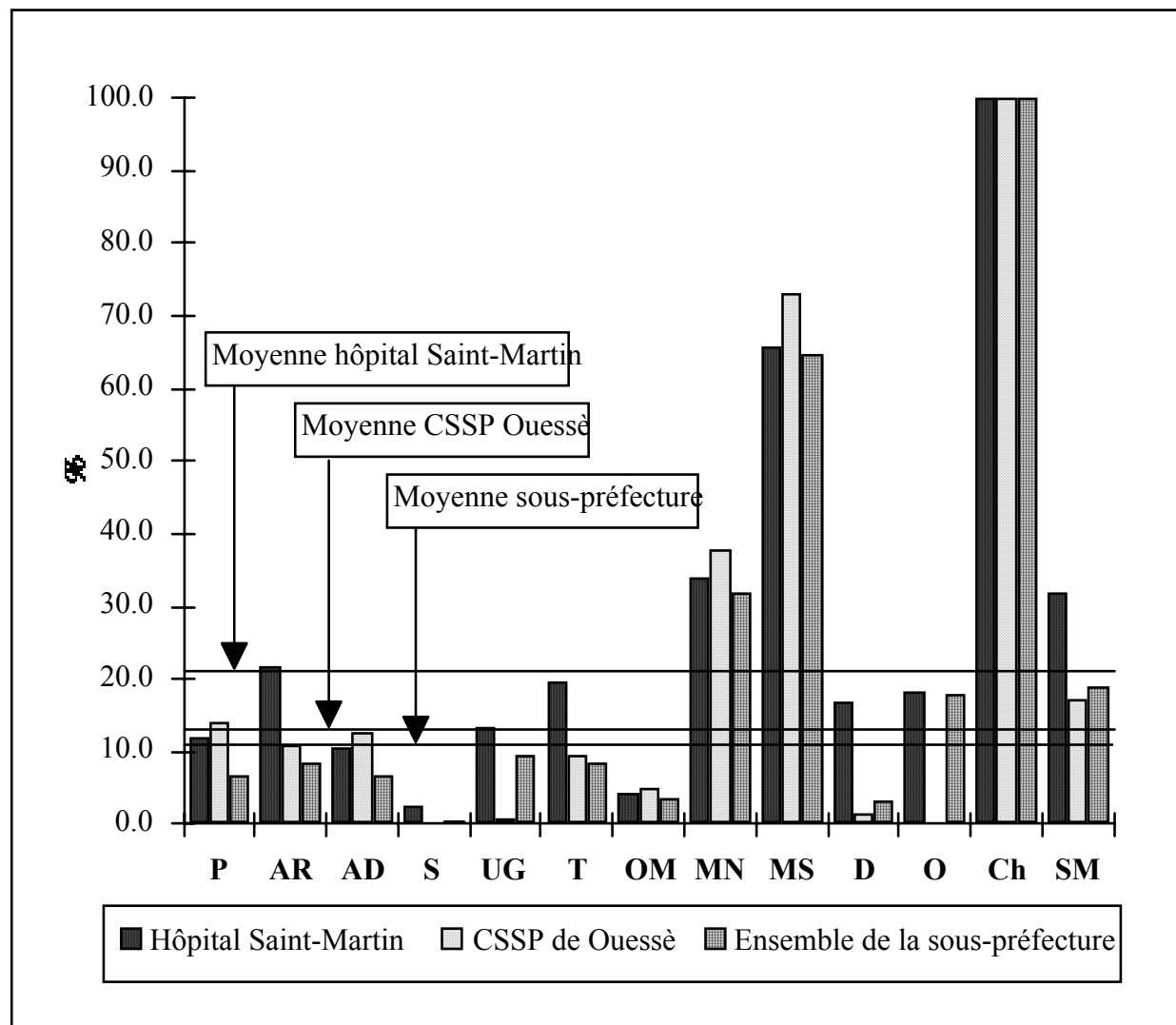
La probabilité d'hospitalisation suite à une consultation ambulatoire devrait logiquement être très variable d'une pathologie à l'autre, les protocoles thérapeutiques ne prévoyant pas, ou presque pas, l'hospitalisation pour certains diagnostics, alors qu'elle est recommandée, voire obligatoire pour d'autres: morsures de serpents, chirurgie abdominale. Plus que les différences selon le diagnostic internes à chaque hôpital, ce sont les différences relevées entre les deux établissements pour la même pathologie qui nous intéressent, car elles dénotent des options thérapeutiques distinctes.

Comme le montre la Figure 86, la probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire est, à l'hôpital Saint-Martin en 1994, de 100 % pour la chirurgie et de 66 % pour les morsures de serpents. Elle est également élevée pour la malnutrition (34,1 %) et les affections mal définies, les consultations sans diagnostic et les autres pathologies (32 %). Cette probabilité n'est plus que de 18,2 % pour l'onchocercose, à cause de l'introduction d'un nouveau médicament (l'*Ivermectine*). En 1992, cette probabilité était encore de 40,3 % pour les habitants de l'Ouest souffrant d'onchocercose, en raison des effets secondaires potentiellement graves de l'ancien traitement. Les probabilités les plus faibles sont obtenues pour des pathologies rarement diagnostiquées: affections des sens (2,7 %) et affections ostéo-musculaires (4,3 %). Les affections respiratoires se situent dans la moyenne. La plupart des pathologies fréquentes, affections de l'appareil digestif, paludisme, affections uro-génitales, dermatoses et traumatismes, sont par contre en dessous de la moyenne de cet hôpital (de 10,7 % à 19,9 %).

Au CSSP de Ouessè, la probabilité d'être hospitalisé lors d'une consultation est aussi de 100 % pour la chirurgie. Elle est encore supérieure à celle de l'hôpital confessionnel pour les morsures de serpents et la malnutrition. Tout comme à l'hôpital Saint-Martin, mais à un bien moindre niveau, cette probabilité reste supérieure à la moyenne (du CSSP) pour la catégorie des sans mention, mal défini et autres. Par contre, la probabilité d'hospitalisation est supérieure à la fois à celle de l'hôpital Saint-Martin et à la moyenne du CSSP pour le paludisme. Preuve s'il en est que cette maladie bénéficie d'une prise en charge toute particulière dans cet établissement par rapport à l'hôpital confessionnel. Rappelons à cet égard que le paludisme constitue 37,7 % des nouvelles consultations à l'hôpital public, contre seulement 11,4 % des consultations à l'hôpital Saint-Martin. La probabilité d'hospitalisation au CSSP est également plus grande qu'à l'hôpital Saint-Martin pour les affections de l'appareil digestif. Elle est par contre nulle ou presque pour les affections des sens, les affections uro-génitales et les dermatoses. L'onchocercose n'entraîne aucune consultation ambulatoire ni a fortiori d'hospitalisation.

S'il est possible d'interpréter la plus forte probabilité globale d'être hospitalisé à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP (1,7 fois plus) par la plus grande gravité moyenne des cas qui s'y présentent et peut-être aussi par une propension générale à davantage hospitaliser à gravité

égale, il est bien difficile d'expliquer pourquoi cette proportion n'est pas constante pour tous les diagnostics. Chacun d'entre eux ou presque ferait-il l'objet d'une appréciation et d'une stratégie thérapeutique distinctes dans les deux établissements? Les chiffres le laissent penser. Selon les pathologies, la probabilité d'hospitalisation est en effet de 0,8 (paludisme, affections de l'appareil digestif) à 2,1 fois (affections de l'appareil respiratoire et traumatismes) plus élevée à l'hôpital confessionnel qu'au CSSP. Sans parler des affections uro-génitales pour lesquelles le rapport est de 15, disproportion en partie due, il est vrai, à un sous-enregistrement des hospitalisées à la maternité du CSSP.



N.B. la probabilité d'hospitalisation pour l'ensemble de la sous-préfecture est calculée à partir des consultations ambulatoires de tous les services de santé, y compris ceux ne pratiquant pas l'hospitalisation.

Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MN = malnutrition, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, CH = chirurgie, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics.

Figure 86 Probabilité d'hospitalisation suite à une consultation ambulatoire, selon la pathologie et l'hôpital, en 1994 (sources: fichier de patients et registres d'hospitalisation).

Peut-être convient-il de ne pas accorder trop d'importances à ces variations entre les deux établissements, tant il est vrai qu'à l'intérieur du même hôpital il existe aussi de grands écarts

entre les pathologies selon la provenance des patients. Ainsi, la probabilité d'être hospitalisé à l'hôpital Saint-Martin est parfois bien différente pour les patients de l'Est et de l'Ouest. C'est le cas par exemple pour les affections de l'appareil digestif (probabilité de 12,6 % pour l'Est contre seulement 7,5 % pour l'Ouest) et les affections uro-génitales (17 % contre 8,4 %). Les mêmes agents de santé auraient-ils une stratégie thérapeutique distincte selon la provenance des patients? Nous le croyons d'autant moins que notre hypothèse d'une probabilité d'hospitalisation supérieure pour les patients lointains, afin de mieux assurer la continuité des soins, n'est pas du tout vérifiée. Comme nous l'avons vu, ce sont en effet justement ces patients qui enregistrent globalement la plus faible probabilité d'admission.

Pour l'ensemble de la sous-préfecture, le nombre total d'hospitalisations reporté au nombre total de consultations ambulatoires, tous services de santé modernes confondus y compris ceux ne pratiquant pas l'hospitalisation, est faible. On compte une hospitalisation pour environ 9,2 consultations, soit une probabilité d'hospitalisation théorique de 10,7 %. Selon la Figure 86, seules la chirurgie, les morsures de serpents, la malnutrition, l'onchocercose et la catégorie résiduelle des sans mention, mal défini et autres dépassent cette probabilité moyenne. En d'autres termes, toutes les pathologies fréquemment diagnostiquées enregistrent une probabilité d'hospitalisation plus faible que la moyenne, (par exemple, 7 % pour le paludisme et les affections de l'appareil digestif, 8,7 % pour les affections de l'appareil respiratoire).

Voyons maintenant si la distance moyenne parcourue pour atteindre le lieu d'hospitalisation correspond à l'hypothèse proposée, à savoir qu'elle est plus longue que pour les consultations ambulatoires.

Distance moyenne parcourue pour atteindre le lieu d'hospitalisation

A l'échelle de la sous-préfecture et en considérant l'ensemble des services de santé modernes, le trajet moyen parcouru pour une hospitalisation est presque deux fois plus long en 1994 que celui effectué pour une consultation ambulatoire (cf.

Tableau 79). Notre hypothèse est donc globalement vérifiée. Mais cela n'est pas étonnant, si l'on considère que seuls deux établissements pratiquent l'hospitalisation, alors que l'offre est beaucoup plus large pour les consultations ambulatoires. Relevons encore que les patients de l'Est parcourent un trajet moyen sensiblement plus long (d'environ 3 kilomètres) que ceux de l'Ouest pour se faire hospitaliser, alors que la tendance est légèrement inverse pour les consultations ambulatoires. Faut-il y voir un indice supplémentaire du fait que si les habitants de l'Est utilisent globalement moins les services de santé, ils s'y rendent pour des cas en moyenne plus sérieux? Probablement pas. En effet, les patients de l'Est résident en moyenne plus loin de l'hôpital Saint-Martin que ceux de l'Ouest du CSSP de Ouessè. Cela implique un plus long déplacement moyen en cas d'hospitalisation. Pour les consultations ambulatoires, les habitants de l'Est bénéficient de CCS locaux en plus de l'hôpital confessionnel. De plus, les habitants de l'Ouest se rendent volontiers à l'hôpital Saint-Martin pour les consultations ambulatoires, d'où un allongement de la distance moyenne.

Si l'on analyse la situation par établissement hospitalier, notre hypothèse d'un trajet moyen plus élevé pour les hospitalisés que pour les consultations ambulatoires n'est que partiellement vérifiée. Elle n'est en effet pas vérifiée pour l'hôpital Saint-Martin, comme le laissait déjà pressentir l'étude de la probabilité d'hospitalisation en fonction de la distance. Globalement, le trajet moyen y est légèrement plus long pour les consultations ambulatoires. En distinguant les patients de l'Est de ceux de l'Ouest, il apparaît que cette situation résulte uniquement du comportement des patients de l'Ouest (et des agents de santé qui décident d'hospitaliser ou non!), que n'arrive pas à contrebalancer une légère tendance inverse à l'Est.

Comme le suggérait déjà la Figure 85, notre hypothèse est par contre vérifiée pour le CSSP de Ouessè. Ses patients parcourent en effet un trajet environ 1,5 fois plus long pour y être hospitalisés que pour y recevoir une consultation ambulatoire. Il s'agit là de la situation prévalant pour les patients de l'Ouest, soit la presque totalité des visiteurs. Pour les patients de l'Est, il n'y a pas de différence de longueur du trajet entre les deux types de prise en charge.

Tableau 79 Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients pour atteindre un service de santé, selon le sexe et le type de consultations, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

	Hommes		Femmes		Total	
	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.
St-Martin Est	21.3	21.5	20.4	21.6	20.8	21.5
St-Martin Ouest	49.2	47.7	48.6	47.7	48.9	47.7
Total St-Martin	31.6	30.2	31.6	29.5	31.6	29.8
CSSP Ouest	3.0	5.0	3.0	4.1	3.0	4.6
CSSP Est	22.5	23.0	22.1	21.7	22.4	22.2
Total CSSP	3.3	5.4	3.3	4.6	3.3	5.0
Total Est*	10.7	21.5	10.2	21.6	10.4	21.5
Total Ouest*	10.6	19.1	12.6	18.5	11.5	18.8
Total SP*	10.7	20.1	11.6	19.9	11.1	20.0

* Y compris les CCS et le poste de secours de Laminou pour les consultations ambulatoires.

Comme le montre le

Tableau 79, il n'y a pas de différence sexuelle dans la distance moyenne parcourue pour atteindre l'hôpital Saint-Martin, et cela aussi bien pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations, pour les patients de l'Est que pour ceux de l'Ouest. Par contre, les hommes, qu'ils proviennent de l'Est ou de l'Ouest, effectuent un trajet moyen plus long que les femmes pour se faire hospitaliser au CSSP de Ouessè. La différence de trajet moyen entre les sexes y est cependant nulle pour les consultations ambulatoires.

L'accessibilité aux services de santé est par contre fortement influencée par l'âge. La distance moyenne parcourue pour atteindre l'hôpital Saint-Martin pour des soins ambulatoires augmente en effet régulièrement avec l'âge (cf. Tableau 80). Elle passe de 26,4 kilomètres pour les enfants de moins d'un an à 32,9 kilomètres pour les adultes. Il en va presque de même pour les patients hospitalisés, pour lesquels on passe de 24,9 kilomètres pour les bébés à 31,3 kilomètres pour les adultes, après un pic à 32,7 kilomètres pour les enfants de 5 à 14 ans. Cette tendance globale pour l'hôpital confessionnel se retrouve pour les seuls patients de l'Est. Pour les patients de l'Ouest, il n'y a par contre quasi pas de différences d'une catégorie d'âge à l'autre, si ce n'est un trajet moyen un peu plus long pour les adultes hospitalisés. Nous pouvons en conclure que la distance constitue un obstacle plus difficile à vaincre pour les enfants que pour les adultes habitant l'Est, mais qu'elle ne joue pas un rôle différent selon l'âge à l'Ouest, plus lointain, pour ce qui est de la fréquentation de l'hôpital Saint-Martin. Un phénomène similaire a déjà été observé en milieu urbain aux Etats-Unis: la proportion des patients utilisant

la clinique la plus proche de leur domicile y diminue avec l'augmentation de l'âge et de la distance à la clinique la plus proche (WEISS et GREENLICK, 1970).

La distance moyenne parcourue pour atteindre le CSSP de Ouessè est par contre peu soumise à l'effet de l'âge. Ce sont les enfants de moins d'un an qui effectuent les trajets moyens les plus longs, aussi bien pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations. Pour les consultations ambulatoires, la tendance est ensuite à une légère baisse, puis à une faible remontée pour les adultes. Pour les hospitalisations, la distance moyenne parcourue est stable pour tous les patients de plus d'un an.

Nous avons déjà vu que pour les consultations ambulatoires la distance moyenne parcourue par pathologie est un bon indicateur à la fois de la survalorisation par le malade de certains problèmes de santé et de la spécificité de l'offre de soins des services de santé. Il devrait en être de même pour le trajet moyen effectué pour une hospitalisation.

Tableau 80 Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients, selon l'âge, l'hôpital, la provenance par région et le type de consultations, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

	< 1 an		1 - 4 ans		5 - 14 ans		≥ 15 ans	
	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.	Ambul.	Hosp.
St-Martin Est	16.8	16.7	18.8	20.2	20.9	23.2	22.4	23.4
St-Martin Ouest	49.2	46.9	49.2	46.5	49.2	46.8	48.7	48.5
Total St-Martin	26.4	24.9	30.9	29.0	31.1	32.7	32.9	31.3
CSSP Ouest	3.6	5.0	3.1	4.4	2.8	4.7	2.9	4.5
CSSP Est	24.2	24.3	22.3	21.0	25.2	26.0	21.9	20.8
Total CSSP	3.8	5.5	3.3	4.9	3.0	5.2	3.3	4.9
Total Ouest*	8.9	16.5	8.6	13.3	8.3	19.0	14.6	23.7
Total Est*	8.8	16.9	7.8	20.2	8.6	23.3	12.3	23.4
Total SP*	8.9	16.7	8.3	15.4	8.4	20.5	13.6	23.6

* Y compris les CCS et le poste de secours de Laminou pour les consultations ambulatoires.

A l'hôpital Saint-Martin en 1994, ce sont les morsures de serpents qui occasionnent le trajet moyen le plus court pour les patients hospitalisés (23,5 kilomètres, cf. Tableau 81). Cela est dû au fait que presque aucun patient ne vient de l'Ouest pour ce type particulier de traumatismes. Une fois de plus, le paludisme et les affections de l'appareil respiratoire génèrent des trajets inférieurs d'environ 3 kilomètres à la moyenne (29,8 kilomètres). Pour les affections uro-génitales (sans les accouchements), la distance parcourue par les hospitalisés atteint à peine la moyenne, alors qu'elle la dépasse pour les patients ambulatoires. Les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes sont également dans la moyenne. Rappelons que, pour les soins ambulatoires, les traumatismes se situent nettement au-dessous de la moyenne. Il s'agit le plus souvent de cas bénins ou de premiers secours d'urgence. On recherche alors la proximité. Ces cas masquent cependant une minorité de cas plus graves, requérant notamment l'usage de la chirurgie, une transfusion ou la pose d'une bande plâtrée. Le recours à un hôpital est alors obligatoire, quelle que soit la distance. Ainsi, pour les patients de l'Est, le parcours moyen pour une consultation ambulatoire pour traumatisme est de seulement 21,2 kilomètres. Il bondit à 26,6 kilomètres en cas d'hospitalisation. Les patients hospitalisés pour malnutrition ont aussi effectué un trajet un peu plus long que la moyenne, alors que les cas ambulatoires étaient dans la

moyenne. Ce résultat s'explique par la proportion élevée d'hospitalisés pour malnutrition venant de l'Ouest. Pour la seule moitié est de la sous-préfecture, la malnutrition engendre en effet un parcours moyen inférieur de 2 kilomètres à la moyenne. Là encore, la sévérité du cas, attestée par l'hospitalisation, expliquerait que l'on soit moins freiné par la distance. La distance moyenne parcourue en cas de dermatose est plus longue de 4 kilomètres que le trajet moyen, toutes pathologies confondues, et cela aussi bien pour un traitement hospitalier qu'ambulatoire. Sans surprise, la chirurgie et encore plus l'onchocercose génèrent des déplacements bien supérieurs à la moyenne, que ce soit pour une prise en charge hospitalière ou ambulatoire.

Au CSSP de Ouessè, la situation est plus claire: la distance moyenne par pathologie est toujours plus longue pour les hospitalisés que pour les consultations ambulatoires (sauf pour les affections uro-génitales pour lesquelles on n'enregistre que deux hospitalisations¹). De plus, les diagnostics qui entraînent un trajet inférieur à la moyenne pour les consultations ambulatoires génèrent aussi des déplacements inférieurs à la moyenne pour les hospitalisations. L'inverse est également vrai pour les diagnostics entraînant un trajet supérieur à la moyenne. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital Saint-Martin, les hospitalisés pour cause de traumatisme parcourent une distance sensiblement inférieure à la moyenne pour atteindre le CSSP.

Globalement, pour l'ensemble de la sous-préfecture, la distance moyenne que parcourt un patient qui sera hospitalisé est, rappelons-le, de 20 kilomètres. Les variations d'un diagnostic à l'autre sont cependant considérables. Avec seulement 9 kilomètres, le paludisme, maladie enregistrant le plus grand nombre de consultations et d'hospitalisations, enregistre de loin le trajet le plus court. Il faut dire que le paludisme frappe sévèrement surtout les jeunes enfants qui, nous l'avons vu, enregistrent les trajets moyens les plus courts en direction de l'hôpital Saint-Martin. Les affections de l'appareil digestif, deuxième diagnostic le plus fréquent aussi bien pour les consultations ambulatoires que pour les hospitalisations, viennent ensuite. Par ordre croissant, les morsures de serpents, les traumatismes et les affections ostéo-musculaires sont tous au-dessous de la moyenne. Les affections de l'appareil respiratoire se situent dans la moyenne, alors que, toujours dans un ordre croissant, la malnutrition, les affections uro-génitales, les dermatoses, la chirurgie et l'onchocercose sont nettement au-dessus de la moyenne.

Tableau 81 Distance moyenne en kilomètres parcourue par les patients hospitalisés, selon la pathologie, l'hôpital et la région de provenance, en 1994 (sources: fichier et registres de patients).

	P	AR	AD	S	UG	T	OM	MN	MS	D	O	CH	SM
St-Martin Est	15.2	21.8	19.5	36.0	22.5	26.6	0.0	19.4	22.6	25.6	26.0	25.2	20.0
St-Martin Ouest	46.7	46.1	46.6	68.0	47.9	49.3	45.0	47.3	72.0	46.7	51.8	48.3	47.7
Total St-Martin	26.6	30.2	26.5	46.7	29.1	30.3	45.0	31.9	23.5	34.4	42.1	35.7	28.7
Total CSSP	4.6	4.3	5.6	0.0	2.0	3.6	4.3	9.3	6.7	6.7	0.0	6.2	5.0
Total Ouest	7.8	19.7	12.7	68.0	45.6	10.1	17.8	35.3	7.7	34.0	51.8	38.3	22.7
Total Est	16.3	21.7	19.5	36.0	22.5	26.6	0.0	19.3	22.7	25.6	26.0	25.2	20.1
Total SP	9.0	20.5	15.2	46.7	28.8	17.1	17.8	27.6	15.6	29.9	42.1	32.0	21.4

Légende: P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MN = malnutrition, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, O = onchocercose, CH = chirurgie, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics.

¹ En fait, la maternité du CSSP a sans doute hospitalisé un certain nombre de femmes relevant de cette catégorie, mais leur registre d'hospitalisation est des plus lacunaire pour 1994.

Un biais entraîne une légère sous-évaluation de la distance moyenne parcourue par les hospitalisés de l'Ouest à l'hôpital Saint-Martin.

N = seulement de 0 à 8 cas pour les cellules en italique.

Selon que l'on habite l'est ou l'ouest de la sous-préfecture, le trajet moyen par pathologie effectué par les hospitalisés varie considérablement: dans une proportion d'environ 1 à 2 pour le paludisme, les affections uro-génitales et les traumatismes, et même de 1 à 3 pour les morsures de serpents. Il est toutefois important de relever que ce ne sont pas systématiquement les hospitalisés habitant la même région qui affrontent les plus longues distances. Selon le diagnostic, on a tantôt "avantage" à habiter l'une des moitiés de la sous-préfecture, tantôt l'autre. Pour les problèmes de santé fréquents comme le paludisme, les affections de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, et les traumatismes, mieux vaut, du strict point de vue de la distance, habiter l'Ouest en cas de besoin d'hospitalisation. Ces importantes différences entre l'Est et l'Ouest montrent une fois de plus que l'offre de soins de santé et sa perception n'est pas identique dans les deux hôpitaux et que les patients tentent de s'y adapter dans la mesure de leurs moyens et de leurs besoins.

Taux d'hospitalisation en fonction de la distance et aire d'attraction hospitalière

Jusqu'à présent, nous avons envisagé de façon globale, pour l'ensemble de la sous-préfecture et pour chacune de ses moitiés, le taux d'hospitalisation des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Nous pouvons – et devons – aller plus loin, en étudiant le taux d'hospitalisation pour chaque localité, en fonction de la distance le séparant des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture. Nous le ferons à partir des données de l'année 1994, en résumant, de façon très visuelle, l'information sous forme de graphiques.

La Figure 87 montre clairement que, pour chacun des hôpitaux, le taux d'utilisation est bien supérieur au taux d'hospitalisation, mais que cet écart s'amenuise avec l'augmentation de la distance, puisque les deux taux tendent vers zéro pour une distance similaire et cela pour chacun des deux établissements. Le rayon de l'aire maximale d'hospitalisation (limite fixée au taux d'hospitalisation de 1 %) est 2,7 fois plus long à l'hôpital confessionnel qu'au CSSP (48,9 kilomètres contre 18). Pour le même seuil, les aires maximales d'attraction pour les consultations ambulatoires sont respectivement de 75,2 et 24,4 kilomètres. Ainsi, l'aire d'attraction est plus petite pour l'hospitalisation que pour les consultations ambulatoires. Cela résulte largement du fait que, pour une distance donnée, le taux d'hospitalisation est nécessairement plus faible (ou éventuellement égal) que celui d'utilisation. Si l'on pondère pour chaque hôpital le niveau du seuil par la probabilité d'être hospitalisé¹, l'aire d'attraction pour l'hospitalisation devient alors quasi identique à celle des consultations curatives à l'hôpital Saint-Martin et très supérieure au CSSP de Ouessè (presque 40 kilomètres).

On relève encore que la friction de la distance s'exerce plus fortement sur les consultations ambulatoires du CSSP que sur celles de l'hôpital Saint-Martin, alors que l'intensité de cette friction est similaire pour les hospitalisations dans les deux hôpitaux (courbes presque parallèles). Cette similitude s'explique par l'augmentation de la probabilité d'être hospitalisé avec l'accroissement de la distance pour le CSSP, alors que cette probabilité reste stable pour l'hôpital confessionnel (cf. Figure 85 et Figure 84).

Le Tableau 76 indiquait que le taux d'hospitalisation est le même ou presque pour les hommes et les femmes, à l'échelle de la sous-préfecture. La Figure 88 montre, pour l'année 1994, que cette conclusion globale reste vraie lorsque l'on observe la situation en fonction de la

¹ Le seuil correspond alors à un taux d'hospitalisation de 1,27 % pour le CSSP et à 2,14 % pour l'hôpital Saint-Martin.

distance. Dans les deux établissements, le taux d'hospitalisation des hommes est à peine supérieur à celui des femmes et la friction de la distance y est la même pour les deux sexes.

Le taux d'hospitalisation en fonction de la catégorie d'âge et de la distance (cf. Figure 89) est conforme à ce que nous avons déjà relevé pour l'ensemble de la sous-préfecture. Ce sont les enfants de moins d'un an qui enregistrent les taux les plus élevés, et de loin, dans les deux hôpitaux. Mais ce sont également eux qui subissent la plus forte friction de la distance. En fixant la limite de l'aire d'hospitalisation là où le taux d'hospitalisation passe sous la barre des 1 % par an, on obtient, pour les enfants de moins d'un an, un rayon d'attraction hospitalière de 32,1 kilomètres pour le CSSP et de 54,7 kilomètres pour l'hôpital Saint-Martin. Il s'agit là du meilleur score pour le CSSP, mais du second pour l'hôpital confessionnel. Le rayon d'attraction hospitalière y est en effet de 58,1 kilomètres pour les adultes.

Les enfants de 1 à 4 ans arrivent en deuxième position dans les deux hôpitaux, mais ils y sont rejoints et même dépassés, au-delà d'une certaine distance, par les adultes à l'hôpital Saint-Martin. Le rayon de l'aire maximale d'hospitalisation est pour ces enfants de respectivement 25,7 et 46,4 kilomètres pour le CSSP et l'hôpital Saint-Martin.

Les adultes arrivent partout en troisième position pour le taux d'hospitalisation, pour des distances courtes à moyennes. Mais alors que ce taux est similaire à celui des enfants de 1 à 4 ans à l'hôpital confessionnel, il est à peine supérieur à celui des enfants de 5 à 14 ans au CSSP de Ouessè. La faiblesse des taux d'hospitalisation par village enregistrés pour les adultes explique que l'aire d'attraction maximale du CSSP, au seuil de 1 %, soit limitée pour cette catégorie d'âge (11,9 kilomètres).

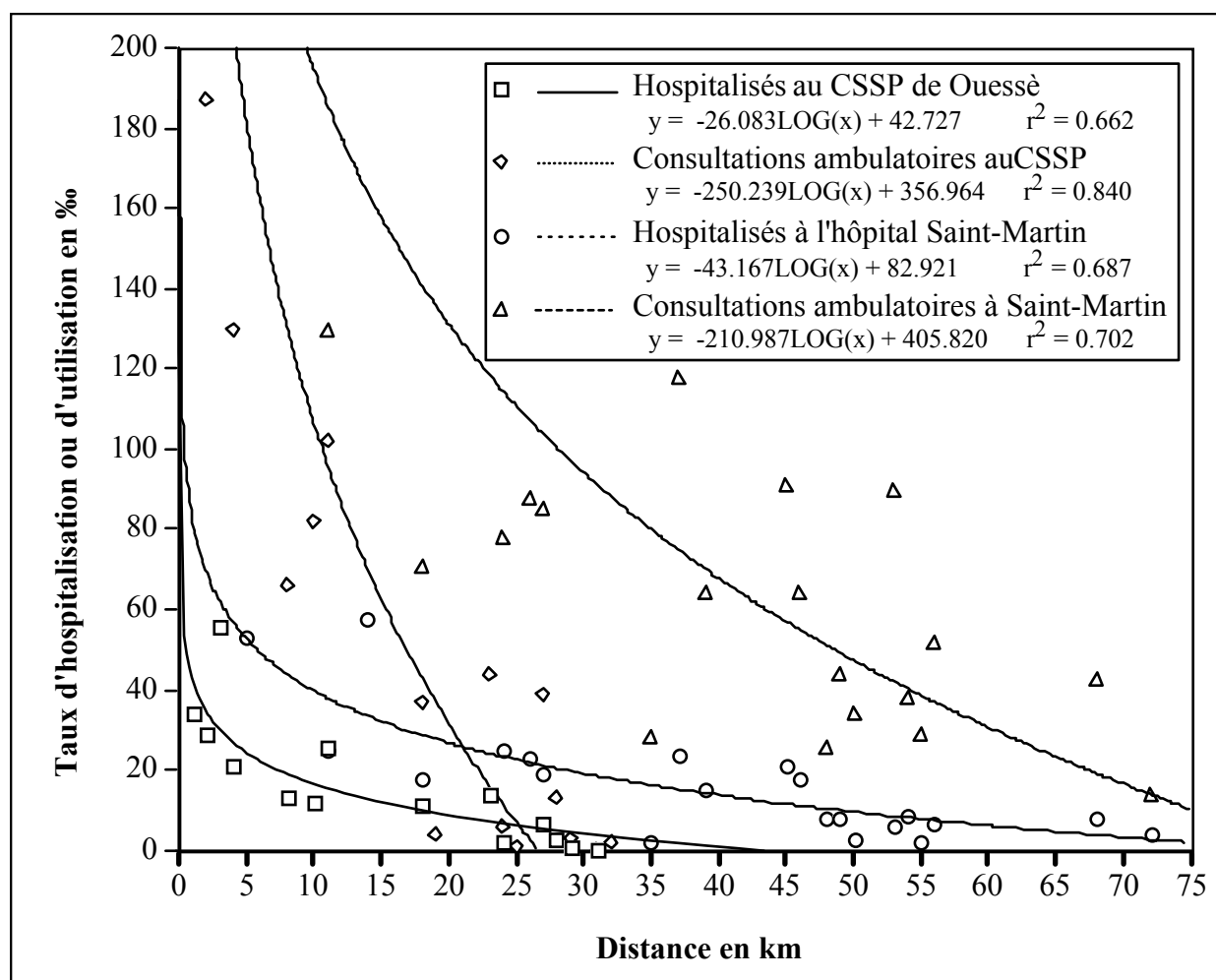


Figure 87 Taux d'hospitalisation et d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin et du CSSP de Ouessè en fonction de la distance, en 1994 (sources: fichier et registres de soins ambulatoires et d'hospitalisation et recensement de 1992 réactualisé).

Enfin, les enfants de 5 à 14 ans enregistrent les plus bas taux d'hospitalisation, quels que soient la distance et l'hôpital. L'ajustement de la courbe aux données est de plus mauvais ($r^2 = 0,29$), indiquant une faible influence de la distance sur le taux d'utilisation ou, autrement dit, une forte irrégularité des taux d'hospitalisation avec l'augmentation de la distance. Pour cette catégorie, le taux d'hospitalisation passe rapidement sous la barre des 1 % (après seulement 7,2 kilomètres pour le CSSP et 11 kilomètres pour l'hôpital Saint-Martin).

Tout comme pour les consultations ambulatoires, nous retrouvons avec les hospitalisations un niveau d'utilisation des hôpitaux par les adultes qui se rapproche de celui des enfants de 5 à 14 ans au CSSP, mais de celui des enfants de 1 à 4 ans à l'hôpital Saint-Martin. Une fois encore, le CSSP se profile comme un établissement plus particulièrement destiné aux enfants de moins de 5 ans, alors que l'hôpital confessionnel attire – et retient – plus spécialement ces mêmes enfants auxquels s'ajoutent les adultes.

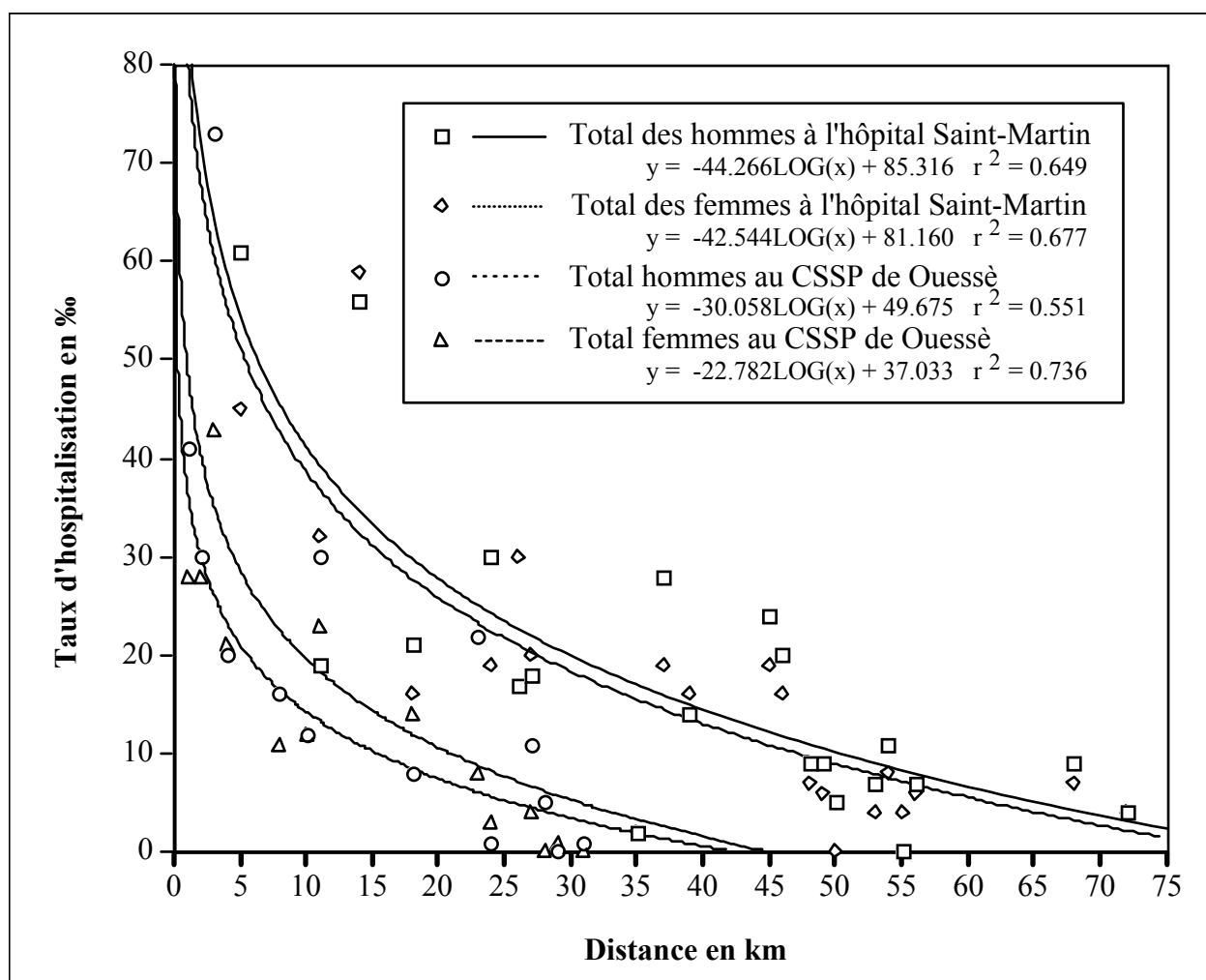


Figure 88 Taux d'hospitalisation par sexe à l'hôpital Saint-Martin et au CSSP de Ouessè en fonction de la distance, en 1994 (sources: registres d'hospitalisation et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Cette analyse détaillée des aires d'attraction des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè pour des soins curatifs modernes, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, a clairement

montré le poids de la distance, mais aussi d'autres facteurs, tels le sexe, l'âge, la pathologie et le niveau hiérarchique du service de santé, dans le choix d'un recours thérapeutique. Voyons à présent s'il en va de même pour des prestations plus ciblées sur certaines catégories démographiques et à but essentiellement préventif: les soins maternels et infantiles.

f) Aires d'attraction pour les soins maternels et infantiles

Au Bénin, les soins maternels et infantiles comprennent les consultations prénatales, les accouchements, la vaccination des jeunes enfants et des futures mères, les consultations post-natales des mères, les consultations des enfants sains de 0 à 11 mois et celles des enfants sains de 12 à 36 mois, ces dernières étant effectuées tantôt dans les maternités, tantôt dans les centres sociaux, là où ils existent. Les consultations post-natales et les consultations des enfants sains dans les maternités étant peu prisées, nous ne les étudierons pas ici.

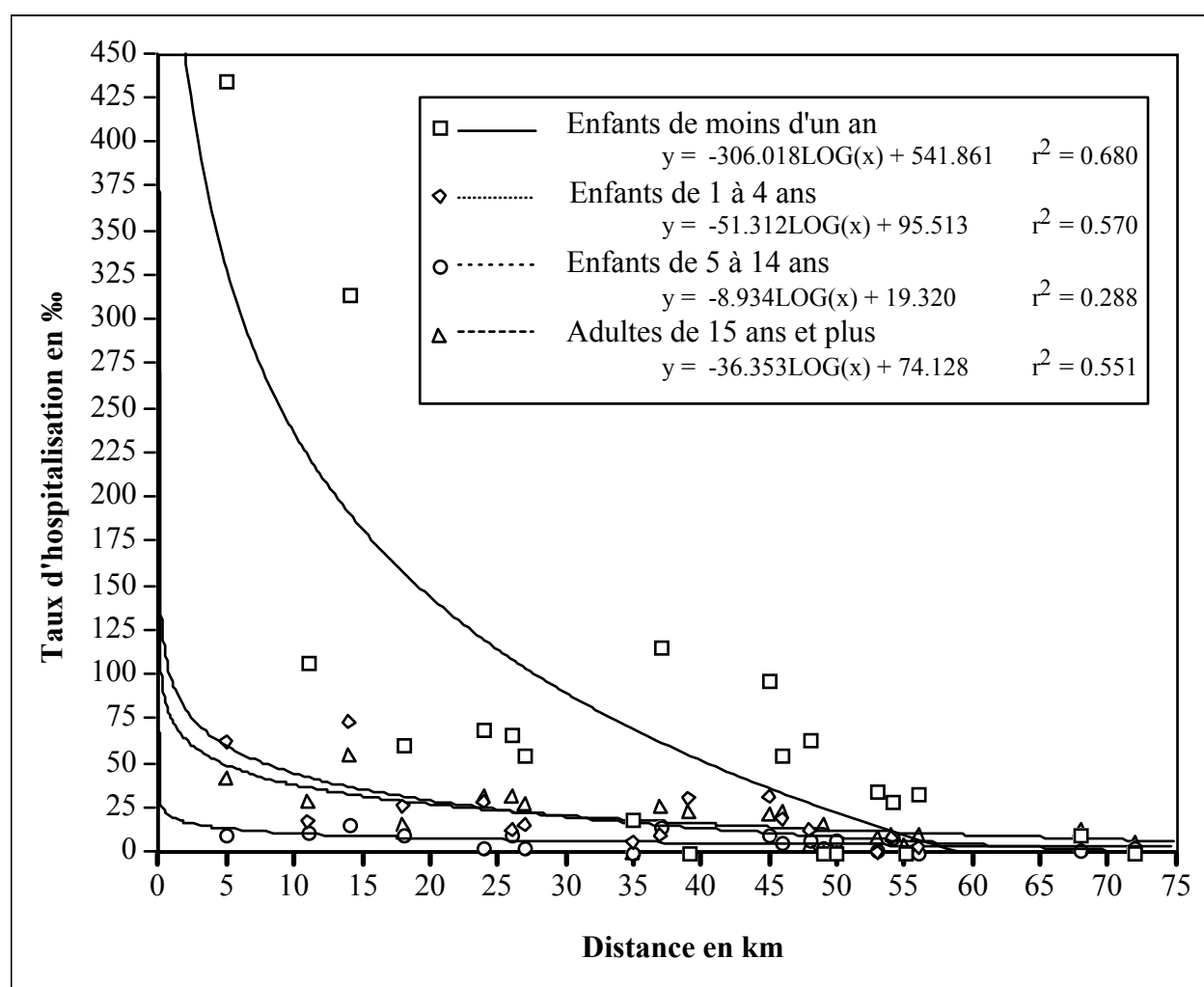


Figure 89 Taux d'hospitalisation à l'hôpital Saint-Martin en fonction de l'âge et de la distance, en 1994 (sources: registre d'hospitalisation et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Pour ces activités préventives, l'espace médical officiel des maternités publiques est clairement défini. Il se superpose à leur espace médical pour les soins curatifs. Ainsi, cet espace comprend l'ensemble de la sous-préfecture pour le CSSP de Ouessè, en tant qu'hôpital de référence, mais seulement les communes de Ouessè, Laminou et Odougba, comme centre de

premier recours. L'espace médical officiel pour la SMI (santé maternelle et infantile) des complexes communaux de santé est constitué de chacune des communes correspondantes. Certains villages bénéficient encore d'une matrone en activité. Elle se charge des accouchements dans l'unité villageoise de santé et parfois des consultations prénatales. Matrones et secouristes peuvent encore assister les agents de santé effectuant la vaccination dans les villages. L'espace médical théorique des UVS, confondu avec leur espace médical effectif, se limite au village.

Basé à Ouessè, le centre social de la sous-préfecture de Ouessè ne dispose pas des ressources humaines et financières, ni des moyens de transport pour assurer le suivi de croissance des enfants de l'ensemble de la sous-préfecture. Les séances de pesée, de distribution d'un complément alimentaire de base et de conseils nutritionnels se déroulent donc à Ouessè. Dès l'été 1992 et jusqu'au printemps 1993, de telles séances décentralisées étaient également organisées à la maternité de Gbanlin, pour les enfants et jeunes mères de cette commune. L'aire d'attraction du centre social se limite donc aux communes de Ouessè, Laminou, Odougba et, pendant moins d'un an aux villages de Gbanlin, Tosso et Vossa, dans la commune de Gbanlin.

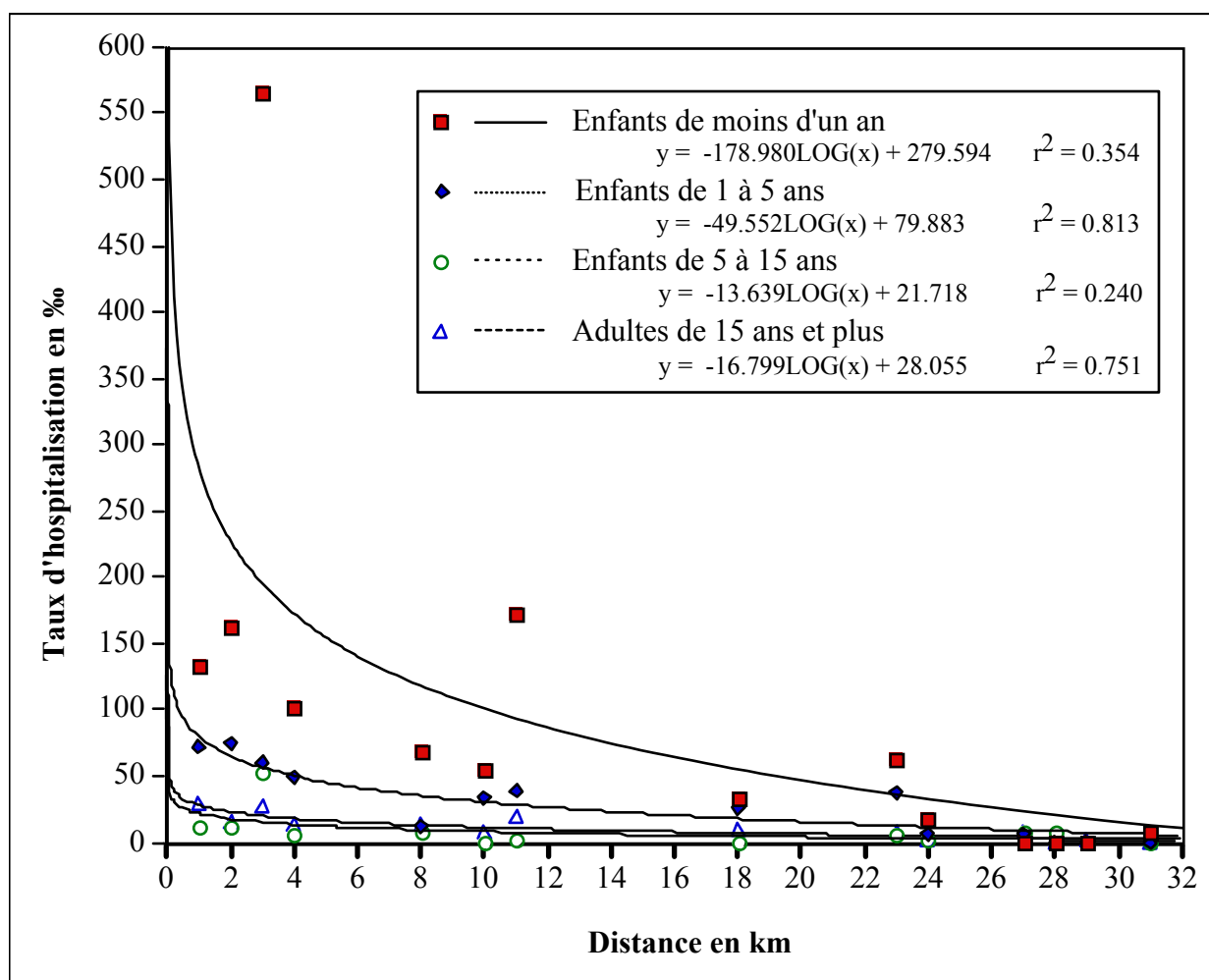


Figure 90 Taux d'hospitalisation au CSSP de Ouessè en fonction de l'âge et de la distance, en 1994 (sources: registre d'hospitalisation et recensement de la population de 1992 réactualisé).

L'hôpital confessionnel de Papané ne dispose pas plus d'espace médical officiel pour la SMI que pour les soins curatifs. Il en va de même pour les services de santé privés, à la différence près que ces derniers ne s'occupent pas du tout de SMI. Il existe bien à Gbémé (commune de Laminou, agglomération de Ouessè), un cabinet tenu par une ancienne sage-

femme stagiaire au CSSP de Ouessè, qui pratique à la fois des soins infirmiers, des consultations prénatales et des accouchements. Mais son activité est rapidement devenue presque insignifiante, après quelques mois pourtant assez encourageants. Comme ce cabinet ne tient de plus pas de registre, nous n'avons pas pu l'inclure dans notre enquête.

Nous avons déjà vu (partie II, chap. 2a et 2b) et nous allons bientôt le confirmer au moyen des résultats de l'enquête auprès des ménages, que les activités de SMI, du moins les consultations prénatales, les accouchements et la vaccination, sont bien suivies par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Il est pourtant communément admis que, dans les pays en développement, la médecine préventive, notamment de la SMI, exerce généralement un faible attrait, contrairement aux soins curatifs. Il n'en va donc pas du tout ainsi dans la sous-préfecture de Ouessè, où les activités de SMI sont encore plus populaires que la médecine moderne curative. Comme nous le verrons dans le chapitre consacré aux itinéraires thérapeutiques (partie III, chap. 3h), presque 70 % des cas de maladie sont tout d'abord pris en charge au moyen de l'automédication et deux tiers des cas n'ont jamais débouché sur une consultation, quel que soit le type de thérapeutes. Par contre, plus de 97 % des femmes enceintes disent avoir suivi au moins une consultation prénatale (4,7 en moyenne), 92 % affirment avoir accouché dans une maternité ou une UVS et 93 % avoir amené au moins une fois leur enfant se faire vacciner. Les taux de couverture vaccinale à un an pour le Bénin en 1993 vont de 69 % à 91 % selon le vaccin (cf. partie I, chap. 4c).

Comment expliquer un tel engouement pour la SMI? Si nous n'avons pas fait de recherches approfondies sur le sujet, nous pouvons tout de même suggérer quelques pistes. Premièrement, la nécessité sociale (tout particulièrement pour les femmes) et économique pour les couples d'avoir une descendance, si possible nombreuse, joue certainement un rôle dans l'attention qui entoure la grossesse, l'accouchement et la prime enfance¹. Deuxièmement, il semble qu'il n'existait pas ou peu, dans la sous-préfecture de Ouessè, de spécialistes traditionnels de l'accouchement et encore moins de la grossesse. Les matrones traditionnelles sont rares et leur rôle se restreint à l'accouchement. Seuls quelques tradipraticiens se disent spécialistes des accouchements. Contrairement aux soins curatifs, il semble donc que la médecine moderne avait un important vide à combler en matière de SMI dans cette région. Troisièmement, nous avons déjà évoqué le caractère quasi magique de la vaccination par injection. Nous sommes bien conscient que ces trois pistes sont partielles. Il existe en effet de nombreuses régions ou Etat où la même situation prévaut sans pour autant que les soins maternels et infantiles y rencontrent un grand succès.

Au-delà du recours plus fréquent, par rapport aux besoins, aux soins de santé maternels et infantiles qu'aux soins curatifs, il s'agit d'étudier si le modèle d'utilisation des services de santé est identique pour les deux types de prestations. Cette analyse portera essentiellement sur le type, la localisation et l'éloignement des services utilisés, en fonction des différentes catégories de soins maternels et infantiles. Contrairement aux soins curatifs, le sexe et l'âge n'interviennent pas comme facteurs discriminants: il s'agit toujours de femmes enceintes ou d'une mère avec un jeune enfant, donc de femmes adultes de 15 à 45 ans. Il se pourrait que les comportements de recherche de soins maternels et infantiles diffèrent selon l'âge à l'intérieur de cette classe d'âge. Le nombre de grossesses passées pourrait aussi influencer ces comportements. Nous n'avons toutefois pas pu explorer ces voies, ne disposant pas ou pas systématiquement de ces informations. Le sexe des nouveau-nés pourrait intervenir dans le choix des parents d'effectuer ou non des consultations post-natales, un suivi de croissance ou la vaccination. Il est commun de penser – et de vérifier parfois! – que les garçons du tiers monde bénéficient d'une

¹ Ce qui ne veut pas dire que les femmes veulent et surtout peuvent forcément suivre tous les conseils dispensés par les sages-femmes: pas de travail excessif pendant la grossesse, alimentation abondante et riche, prise régulière de fer, d'acide folique et de nivaquine, alimentation riche pour le jeune enfant...

survalorisation excessive, débouchant sur un meilleur accès aux soins de santé, à la nourriture, à l'école... Nous verrons donc, pour la vaccination et le suivi de croissance au centre social, si une telle différence sexuelle existe dans la sous-préfecture de Ouessè.

Une fois de plus nous utiliserons les registres et fichiers remplis par les agents de santé pour élucider l'espace médical des services de santé. Dans les établissements publics, il s'agit d'un simple cahier d'école pour les consultations pré- et post-natales. On y trouve au moins le nom de la consultante, sa provenance et la mention NC (nouvelle consultante) s'il s'agit de la première consultation pour cette grossesse ou AC (ancienne consultante), pour toute consultation ultérieure. Les registres d'accouchements sont souvent plus riches d'informations: sexe et prénom de l'enfant, parfois profession des parents, nombre de grossesses antérieures, nombre de consultations prénatales effectuées... Le recueil non systématique de ces informations dans toutes les maternités en limite malheureusement la portée. Le centre social tient à jour un registre des femmes, par village, qui fréquentent ses séances hebdomadaires. A l'hôpital Saint-Martin, il n'existe ni fichier ou registre spécifique pour les consultations pré- ou post-natales, ni pour les accouchements. La SMI y est noyée dans la masse des consultations curatives. Nous avons toutefois sans problème pu extraire les accouchements du registre des hospitalisations et, plus difficilement et seulement pour l'année 1994, individualiser les consultations prénatales des soins curatifs.

Contrairement à ce que nous avons fait pour les soins curatifs, nous ne pouvons pas pour la SMI calculer des indices d'attraction pertinents pour quantifier de façon globale l'interaction entre chaque maternité et chaque localité. Nous ne pouvons en effet pas connaître le taux de dépendance de chaque localité envers les différents services de santé, car les UVS ne transmettent aucune statistique de routine aux CCS ou au CSSP et nous n'en avons visité que deux. Or, dans les villages disposant d'une UVS (il n'y a pas d'UVS là où existe une maternité), la plupart des femmes y suivent la consultation prénatale (lorsqu'elle y est encore dispensée!) et y accouchent. Pour Attata par exemple, cela n'aurait pas de sens de parler d'un taux de dépendance pour les accouchements de 67 % envers le CSSP de Ouessè et de 33 % envers l'hôpital Saint-Martin, si ces taux recouvrent respectivement 2 et 1 cas, alors que 15 femmes ont accouché à l'UVS d'Attata.

Pour les accouchements, ainsi que pour les consultations prénatales, qui posent un problème similaire mais plus ardu dans la mesure où les femmes recourent souvent simultanément à leur UVS et à la maternité la plus proche, nous nous sommes contenté de cartographier le taux de dépendance de la ressource envers la clientèle de chaque localité (nombre d'accouchements par provenance fois 100, divisé par le total des accouchements dans la maternité). Toutefois, afin de contrebalancer l'effet de taille induit par cet indicateur (une localité génère d'autant plus d'accouchements qu'elle est grande), nous emploierons aussi le taux d'accouchement en maternité, qui est l'équivalent du taux d'utilisation pour les soins curatifs. Ce taux d'accouchement est calculé non pas à partir de la population cible constituée par les femmes de 15 à 45 ans, mais directement à partir du nombre annuel approximatif de naissances attendues par localité.

Le nombre de naissances attendues, qui servira de dénominateur au taux d'accouchement en maternité et au taux d'utilisation des consultations prénatales, est estimé selon la méthode très simple en usage au Ministère de la santé. Ce dernier utilise le taux de natalité national arrondi de 50 ‰ pour calculer le nombre de naissances attendues et donc aussi le nombre potentiel de femmes à accoucher et d'enfants à vacciner. Nous avons appliqué ce taux national à chaque localité, tout en restant bien conscient qu'il ne correspond pas forcément aux situations locales. A un niveau très désagréé, villageois ou même communal, les taux de natalité peuvent de plus

fortement varier d'une année à l'autre. Pour ces deux raisons, l'estimation du nombre de naissances attendues reste assez grossière.

A partir de la structure par âge de chaque village fournie par le recensement national du printemps 1992, nous avons tenté une estimation plus fine du nombre annuel d'enfants attendus par village. Pour ce faire, nous avons calculé pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè le nombre d'enfants de moins d'un an par femme de 15 à 45 ans, valeur que l'on a ensuite multiplié par le nombre de femmes de cette tranche d'âge de chacun des villages. Cette méthode sous-estime le nombre de naissances, car elle néglige la mortalité infantile, pourtant élevée. Dans la sous-préfecture de Ouessè, ce biais est en partie compensé par l'immigration, qui amène à recenser, parmi les enfants de 0 à 1 an, des bébés qui sont nés hors de la sous-préfecture. Le résultat s'est révélé décevant et inexploitable. Le nombre de naissances attendues ainsi obtenu était nettement sous-estimé. Il débouchait en effet sur des taux d'accouchement en maternité de 97 à 144 %, dans les villages disposant d'une maternité.

Consultation prénatale

Avec les accouchements et, dans une moindre mesure, la vaccination, la consultation prénatale (CPN) constitue la principale activité des maternités, quel que soit leur niveau hiérarchique. Commençons par examiner la situation dans le plus élevé d'entre eux.

La consultation prénatale à l'hôpital Saint-Martin de Papané

Nous avons vu que l'hôpital Saint-Martin est très attractif pour les soins curatifs. Il n'en va pas de même pour la SMI, bien que ce type d'activités y soit aussi en pleine expansion en 1992 et en 1993. L'arrivée d'une sage-femme expatriée en octobre 1992 a contribué à y redynamiser la SMI. Jusqu'alors, cette dernière, y compris la vaccination en stratégie avancée dans les villages environnants, était resté le parent pauvre des activités de l'hôpital. Hormis les accouchements dystociques, notamment les césariennes, il s'agit là en effet d'activités simples et de routine que n'importe quel service de santé de base peut prendre en charge. Or, la direction voyait l'hôpital Saint-Martin essentiellement comme un centre régional de référence. Il ne s'agissait pas de le substituer aux CCS, ni même aux CSSP, pour tous les soins et les activités dont ces derniers peuvent s'occuper localement. Toutefois, de la prise en charge des accouchements à risque on est passé à celle des grossesses à risque, puis, tout naturellement et progressivement, à la détection de telles grossesses, pour finir avec une consultation prénatale classique et même par de la stratégie avancée (vaccination et suivi de croissance des jeunes enfants). Cette dernière activité semble essentiellement promue pour contrer les reproches souvent faits au secteur confessionnel de ne s'occuper que de soins curatifs et de patients qui viennent frapper à leur porte, autrement dit, de s'occuper beaucoup de médecine et pas assez de santé publique. Malgré ce regain d'intérêt pour la SMI, accompagné d'une activité croissante, les statistiques très mal tenues pour ce type d'activités montrent bien que la priorité reste ailleurs. En 1994, des absences de la sage-femme et la dévaluation du FCFA ont provoqué un tassement du nombre de consultations prénatales et d'accouchements.

Comme il n'existait pas jusqu'à fin novembre 1993 de cahier réservé aux consultations prénatales à l'hôpital Saint-Martin et qu'il est peu commode de distinguer dans le fichier général des patients les femmes venant pour des consultations curatives de celles fréquentant la consultation prénatale, nous n'y étudierons que l'année 1994 (en fait les activités de début décembre 1993 à fin septembre 1994, que nous avons extrapolées sur 12 mois).

Par rapport au nombre de naissances attendues en 1994, seules 5,7 % des femmes enceintes de la sous-préfecture de Ouessè ont assisté à au moins une consultation prénatale à

l'hôpital Saint-Martin. Cette proportion est presque 5 fois plus élevée pour les femmes de l'Est que pour celles de l'Ouest (respectivement 9,5 % et 2 %). La couverture assurée par l'hôpital Saint-Martin pour la CPN est donc à la fois très basse et très sensible à l'accroissement de la distance. Comme le montre de manière plus fine la Figure 91, seuls les villages de la commune de Toui, les plus proches de l'hôpital, sont vraiment concernés par la CPN dans cet établissement. Si 41,7 % des femmes enceintes d'Ogoutédo et d'Odo Akaba, groupe de petits villages à 5 kilomètres en moyenne de l'hôpital reliés à lui par une excellente route goudronnée bien desservie par les taxis, y vont au moins une fois (2,6 fois en moyenne) à la consultation prénatale, ces valeurs chutent respectivement à 10,4 % et 2 pour Toui PK, village situé à 11 kilomètres par un sentier cyclable. Bien que Toui soit à 14 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin et qu'il abrite une maternité de CCS, la proportion de femmes étant allées au moins une fois en CPN à Papané remonte à 25,7 %. L'accessibilité ne se limite en effet pas à la seule distance: il faut aussi prendre en compte la qualité des voies de communication et la densité de taxis. A cet égard, Toui est aussi avantagé qu'Ogoutédo/Odo Akaba, grâce à une localisation le long du même grand axe goudronné. On constate par contre que le nombre moyen de CPN n'y est plus que de 1,5.

La tendance à la diminution rapide du nombre de CPN effectuées par chaque femme avec l'augmentation de la distance est générale. Il suffit pour s'en convaincre de constater sur la Figure 91 que le taux de consultation diminue beaucoup plus rapidement avec l'éloignement pour l'ensemble des CPN, nouvelles et anciennes confondues, que pour les seules nouvelles CPN. A partir de 25 kilomètres, l'hôpital Saint-Martin n'enregistre quasi que des nouveaux cas. En fait, comme le montreront les différentes cartes de l'espace médical de chacun des trois niveaux hiérarchiques de services de santé pour les CPN, celles-ci s'effectuent le plus localement possible. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie et les CPN n'ont pas pour but de répondre à un problème de santé grave, mais de suivre le bon déroulement d'un processus naturel généralement souhaité.

Il n'y a donc pas lieu de rechercher au loin des compétences particulières ou perçues comme telles. Les femmes recourent donc habituellement à la CPN la plus proche, quel que soit son niveau hiérarchique (de l'UVS à l'hôpital Saint-Martin). Toutefois, en raison de l'excellente réputation de cet hôpital, certaines femmes y effectuent une consultation, rarement davantage, en plus des CPN qu'elles suivent régulièrement dans les maternités ou UVS locales. Il s'agit alors de mettre toutes les chances de son côté en requérant un deuxième avis médical jugé plus autorisé. Les sages-femmes du CSSP de Ouessè entendent parfois les femmes faisant la queue pour la CPN se demander l'une à l'autre: "Es-tu aussi allée à [l'hôpital Saint-Martin de] Papané?". Cette démarche spontanée est finalement la même, à un niveau supérieur, à celle des sages-femmes de CCS demandant aux femmes enceintes de venir se faire examiner une fois chez elles, en plus de leurs CPN régulières chez la matrone de leur village. Sauf pour les deux villages du nord de la commune de Toui, l'hôpital Saint-Martin ne constitue donc pas une concurrence pour la CPN des maternités publiques, mais bien un complément.

Dans une situation périphérique, à 4 kilomètres du premier village de la sous-préfecture de Ouessè, cet établissement assure d'ailleurs un nombre de CPN limité au regard des besoins potentiels et même du nombre de CPN effectuées par les maternités de CCS, sans parler de celles du CSSP. Pour les seules femmes provenant de la sous-préfecture, elles se montent en 1994 à environ 340, dont 160 nouvelles consultations et 180 anciennes, alors que l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture ont effectué 2'145 nouvelles consultations dans le même temps.

Trente-huit pour cent de toutes les nouvelles CPN ont débouché sur un traitement curatif¹, généralement pour des infections uro-génitales, plus rarement pour un paludisme, une pneumopathie... sur grossesse. Si cette proportion n'est "que" de 35,9 % pour les femmes de l'Est, il est remarquable qu'elle grimpe à 48,1 % pour celles de l'Ouest. Il semble donc qu'une part appréciable des CPN à l'hôpital Saint-Martin ne soient pas de simples visites de routine "au cas où", et cela d'autant plus que l'on s'éloigne de cet établissement.

L'aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour la CPN (cf. Figure 92 et Figure 93) englobe l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, à l'exception Kilibo Gare et de trois villages de la commune de Challa Ogoï, à l'Est, et de Gbanlin, à l'Ouest. Mais dans l'ensemble, l'intensité de cette attraction est très faible, sauf pour les villages les plus proches de l'hôpital. Les quatre villages officiels de la commune de Toui génèrent à eux seuls plus des deux tiers de toutes les nouvelles consultations. Le poids de l'agglomération de Ouessè n'est pas négligeable pour les CPN (9,1 % de toutes les consultations). Cela est uniquement dû à la forte population de cette agglomération (24 % de la population de la sous-préfecture). Le taux d'utilisation de la CPN à l'hôpital Saint-Martin relativement au nombre de naissances attendues n'y est en effet que de 2,2 %. Cette concentration des utilisatrices dans la commune de Toui se traduit par une distance moyenne de seulement 20,4 kilomètres parcourue par les nouvelles consultantes et de 11,6 kilomètres par les anciennes consultantes (rappelons que Toui est déjà à 14 kilomètres de l'Hôpital Saint-Martin). Cette grande différence entre nouvelles et anciennes consultations montre bien que la multiplication des CPN n'implique que les femmes habitant le plus près de l'hôpital Saint-Martin. Calculé à partir de l'équation de la fonction décrivant la décroissance de l'utilisation avec la distance (cf. Figure 91), avec un seuil minimal de 1 % pour le taux d'utilisation, le rayon de l'aire maximal d'attraction n'est que de 48,9 kilomètres pour les CPN, contre 75,2 kilomètres pour les soins curatifs ambulatoires.

¹ L'administration de routine de fer conjugué avec de l'acide folique pour lutter contre l'anémie et de chloroquine pour la prévention du paludisme n'est pas considérée comme tel.

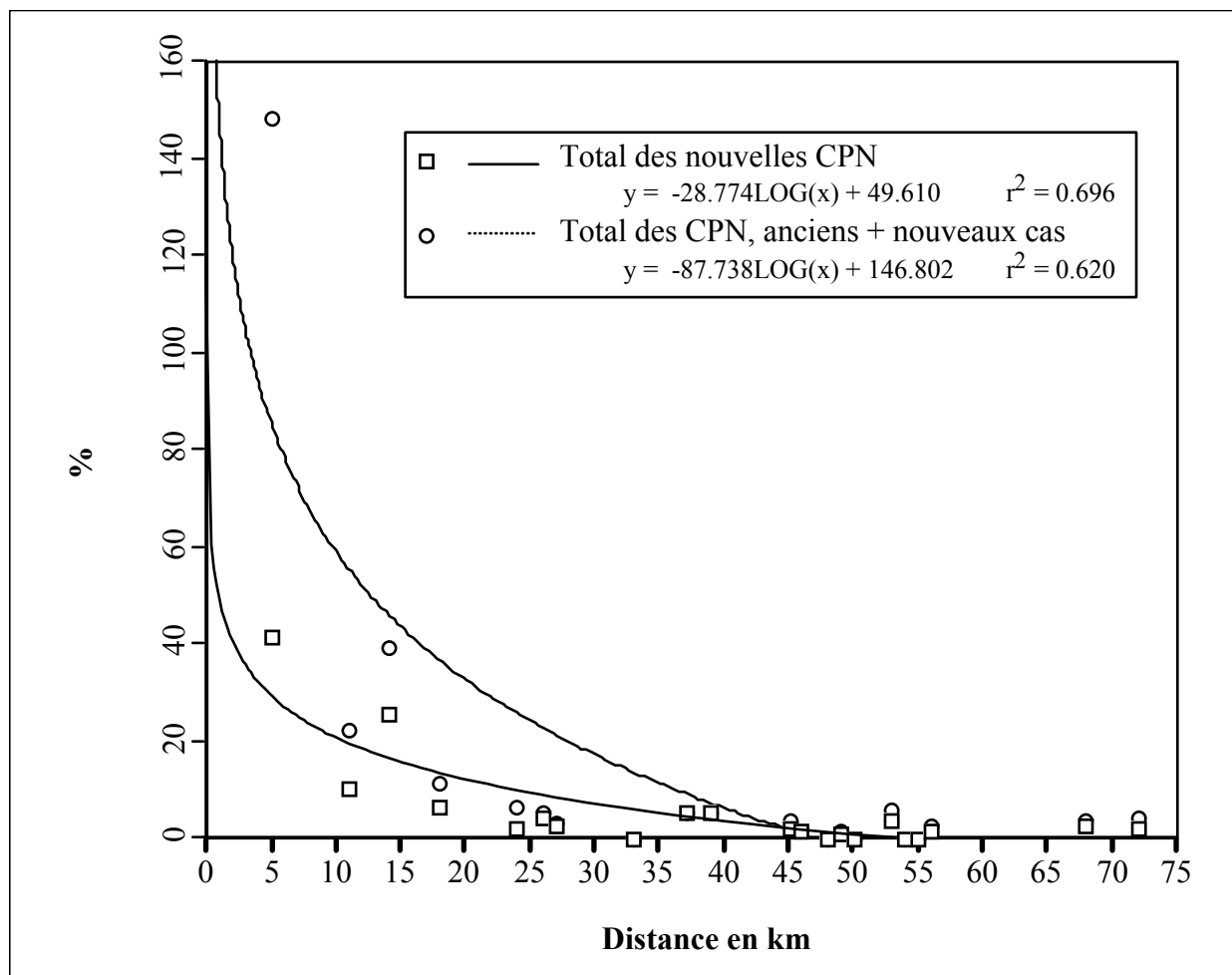


Figure 91 Taux de consultation prénatale en 1994 par rapport au nombre de naissances attendues à l'hôpital Saint-Martin, selon la distance (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

Ce très fort impact de la distance sur le niveau d'utilisation, allié au nombre limité de CPN pratiquées et à l'augmentation de la proportion des cas pathologiques avec la distance permet de conclure que l'hôpital Saint-Martin est surtout utilisé comme centre d'autoréférence par des femmes inquiètes au sujet de leur grossesse et de leur futur accouchement, que cette inquiétude repose sur des faits objectifs (maladie, annonce par la sage-femme locale d'une grossesse à risque, antécédents...) ou non.

On peut encore s'interroger sur la déperdition élevée entre le nombre de CPN et celui des accouchements à l'hôpital Saint-Martin. Une certaine logique voudrait que les femmes accouchent là où elles ont effectué leurs consultations prénatales. En raison de l'utilisation assez particulière de la CPN de l'hôpital Saint-Martin décrite ci-dessus, cela n'est que très peu le cas pour cet établissement. Pour les villages les plus proches, ceux de la commune de Toui, le nombre de nouvelles CPN y est de 4,4 (Ogoutédo & Odo Akaba) à 1,4 (Toui PK) fois supérieur à celui des accouchements enregistrés. La proximité relative permet à une proportion non négligeable de femmes d'y aller, que ce soit en plus ou non des CPN effectuées à Toui. Celles dont la grossesse est déclarée normale peuvent ensuite sans crainte accoucher à la maternité de Toui, à l'UVS... ou à

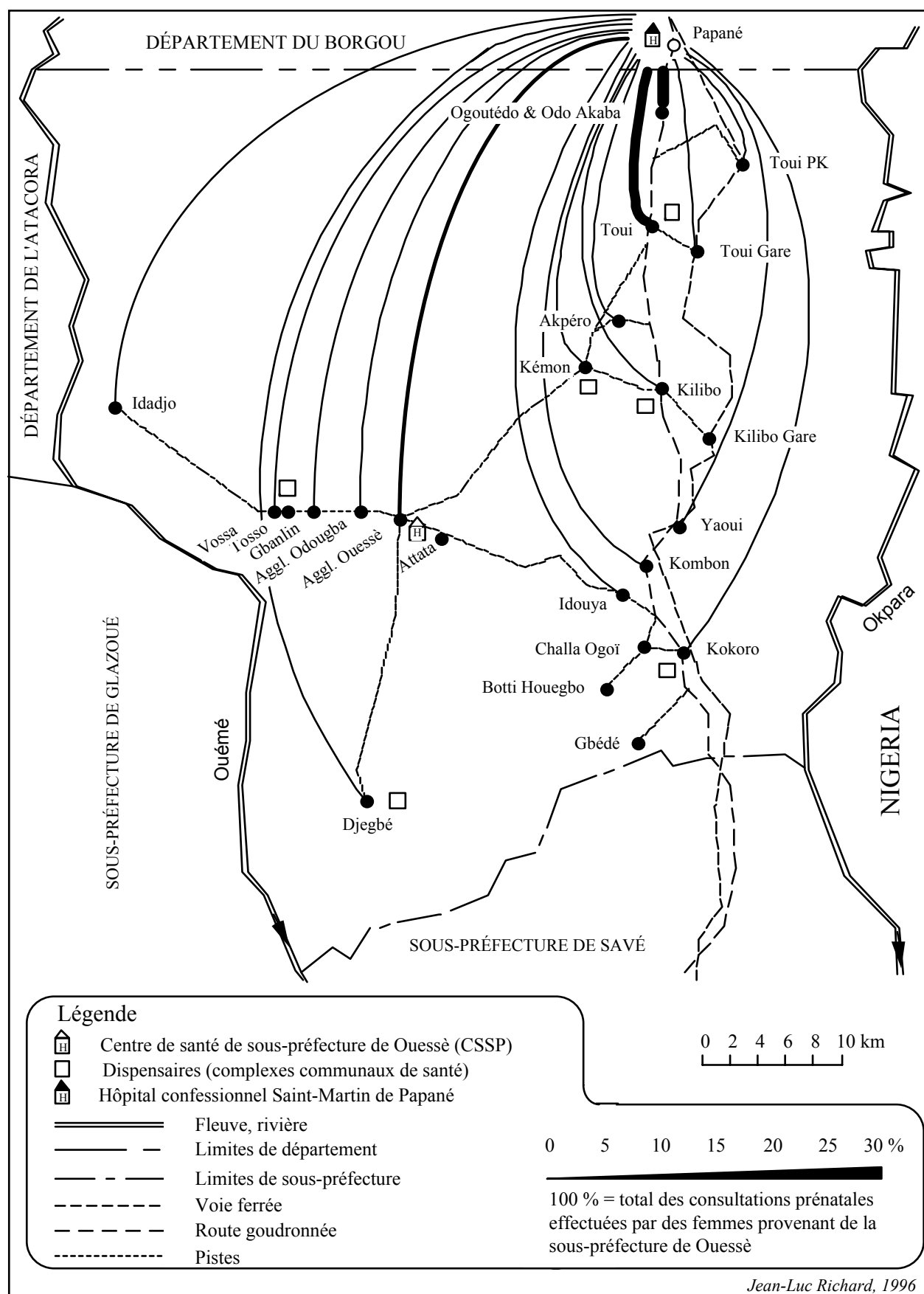


Figure 92

Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux de dépendance de la ressource, en 1994.

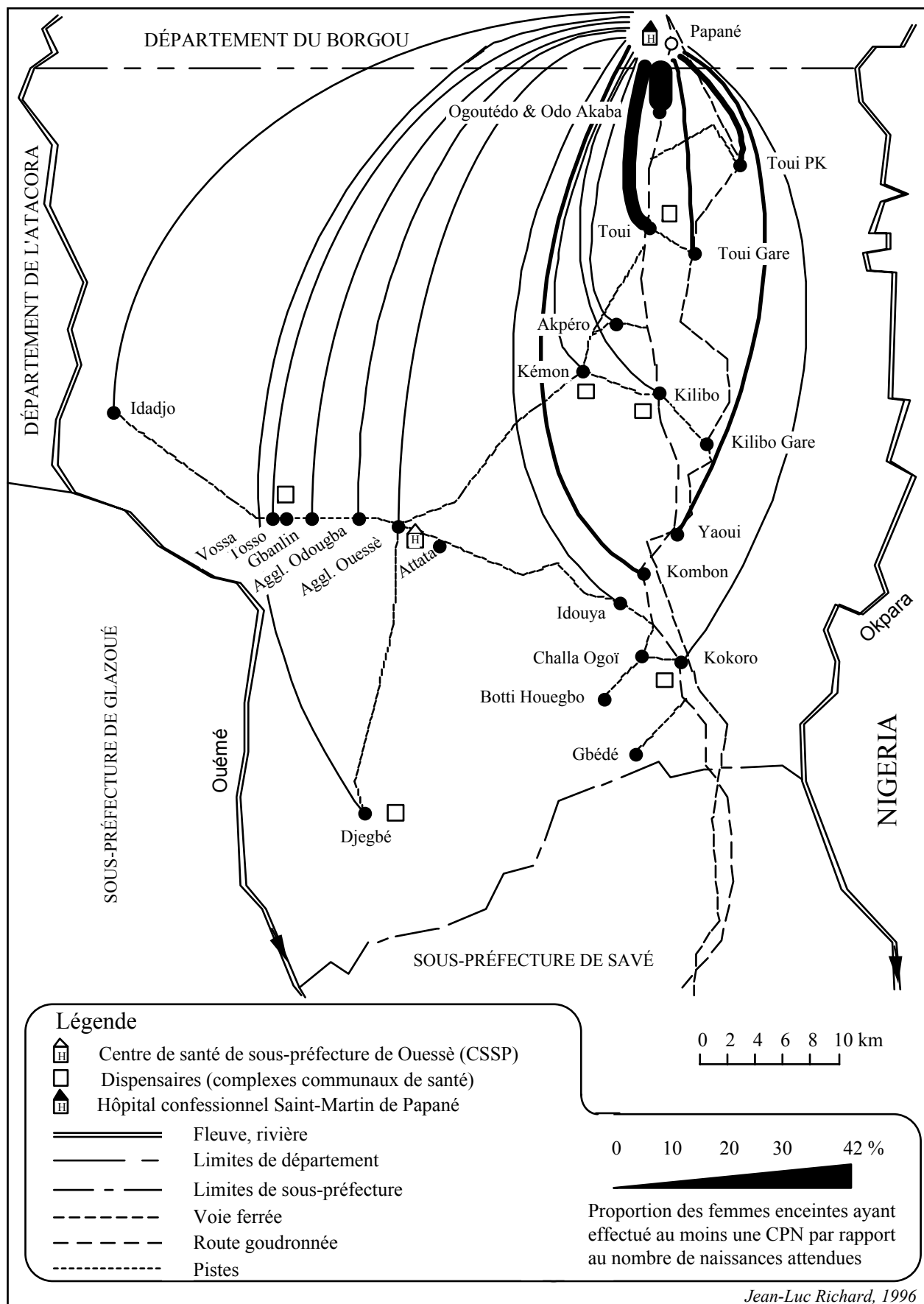


Figure 93 Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux d'utilisation, en 1994.

la maison, comme nous le verrons bientôt. Si 41,7 % des femmes enceintes d'Ogoutédo & Odo Akaba ont effectué au moins une CPN à l'hôpital confessionnel, elles ne sont par contre que 9,6 % à y avoir accouché. A un niveau d'utilisation bien moindre, l'écart entre ces deux taux est beaucoup plus faible à Toui PK. De 24 à 46 kilomètres, le rapport s'inverse et le nombre d'accouchements dépasse celui des nouvelles CPN (sauf à Yaoui). Les femmes de ces villages déjà assez éloignés ne se déplacent que très rarement jusqu'à l'hôpital Saint-Martin pour des CPN, alors que les accouchements à risque et les césariennes en urgence les y contraignent un peu plus souvent. Au-delà de 46 kilomètres, la tendance semble s'inverser encore une fois, mais les valeurs sont extrêmement faibles.

La consultation prénatale au CSSP de Ouessè

En 1994, la maternité du CSSP de Ouessè a enregistré 1'031 nouvelles CPN, contre 1'079 en 1993. Afin de ne pas multiplier les cartes, nous ne fournirons pas celle de l'aire d'attraction de cet établissement envisagée à partir de son taux de dépendance envers la clientèle. Il en ressort que le noyau dur de cet espace médical est une fois de plus constitué par les agglomérations de Ouessè et d'Odougba. En 1994, 95 % des nouvelles CPN en sont issues (65 % pour l'agglomération de Ouessè et 30 % pour celle d'Odougba). En 1993, ces valeurs sont respectivement de 63 % et 27 %, pour un total de 90 %. Comme c'est le cas pour les activités curatives, on semble assister là aussi à une dépendance accrue du CSSP envers une clientèle de plus en plus locale. Le reste des femmes viennent d'Attata, dans la commune de Ouessè (plus de 1 %), et des communes de Gbanlin et de Djegbé. Trois femmes venant de trois villages différents de la commune de Challa Ogoï, au sud-est de la sous-préfecture, se sont inscrites à la CPN du CSSP en 1993. En 1994 par contre, aucune femme de l'Est n'y a été enregistrée.

La Figure 94 pondère cette approche, qui fait la part belle aux grandes localités, en estimant l'aire d'attraction de la CPN du CSSP en fonction du nombre de naissances attendues en 1994. A nouveau l'agglomération de Ouessè se détache, avec un taux d'utilisation (au moins une consultation) de 96 %. Elle est par contre rejointe et même dépassée par celle d'Odougba (108 %), alors que le petit village d'Attata, à 3 kilomètres du CSSP, enregistre aussi un taux élevé (77,5 %). Globalement, quasi toutes les femmes de ces trois localités dépendant officiellement de la maternité du CSSP y effectuent au moins une CPN en cas de grossesse. Remarquons que, comme c'est souvent le cas, ces taux par agglomération masquent des variations intervillageoises importantes. Pour l'agglomération de Ouessè, les taux d'utilisation de la CPN s'étirent en effet de 70 % à Botti, à 112 % à Laminou. L'étalement des taux est encore plus important dans l'agglomération d'Odougba: de 69 % à Zogba Trékou à 206 % à Dokoundoho. Une partie de ces énormes variations est à l'évidence due à une estimation pas toujours fiable du nombre de naissances attendues à une échelle aussi fine. Elles reposent toutefois aussi sur des différences de comportement réelles des femmes faces à la SMI. Nous en voulons pour preuve que, par exemple, le taux d'utilisation des CPN est deux fois plus élevé à Dokoundoho qu'à N'gbéhouédo (206 % contre 103 %), alors que le taux d'accouchement lui aussi calculé par rapport au nombre de naissances attendues y est similaire (51 % contre 45 %). En 1993, le nombre de nouvelles CPN dans chacune des deux agglomérations est même un peu supérieur à celui du nombre de naissances attendues. Cela s'explique là encore par les variations interannuelles des taux de natalité pour ces populations assez restreintes.

Le taux d'utilisation élevé de la CPN du CSSP par les femmes d'Attata (77,5 %) n'implique pas qu'elles désertent leur UVS au profit de l'hôpital, mais plutôt qu'elles les utilisent conjointement. La matrone de l'UVS essaie d'ailleurs d'envoyer systématiquement les femmes enceintes assister à au moins une CPN au CSSP.

Au delà de ce noyau de trois localités, le taux d'utilisation de la CPN décroît très vite. Il n'est que de 4 % à Gbanlin, village à 8 kilomètres du CSSP disposant d'une maternité de CCS populaire. Le taux de CPN augmente ensuite paradoxalement à nouveau avant de s'effondrer. Cet épiphénomène est dû aux villages de Tosso (16 %) et de Vossa (30 %), qui ne disposent pas de maternité. Devant se déplacer jusqu'à Gbanlin (à respectivement 2 et 3 kilomètres) pour atteindre une maternité, certaines femmes sont sans doute tentées de faire au moins une fois 8 kilomètres de plus pour se rendre dans un service de rang supérieur. Pour ces deux villages, les taux d'utilisation de la CPN du CSSP étaient encore bien plus élevés en 1993 (respectivement 58 % et 71 %). Les femmes de Djegbé, à 23 kilomètres de Ouessè, bénéficient d'un CCS. Pourtant, 10,4 % des femmes enceintes de cette localité sont venues au moins une fois à la CPN du CSSP de Ouessè. S'agit-il de femmes en quête d'un deuxième avis médical sur leur grossesse ou de femmes se refusant à utiliser le CCS local, dont l'infirmière a des difficultés relationnelles avec une partie de la population? Les registres ne nous renseignent évidemment pas à ce sujet.

En définitive, l'espace médical du CSSP de Ouessè est bel et bien limité. Il recouvre pour l'essentiel les communes de Ouessè, Laminou et Odougba, qui constituent l'espace médical officiel de cet établissement pour les soins de premier recours. Pour les CPN, le CSSP joue encore le rôle de centre de référence ou d'autoréférence pour les communes de Gbanlin et de Djegbé, mais avec une attraction particulièrement faible sur les villages de Gbanlin et d'Idadjo. Par contre, tout l'est de la sous-préfecture est complètement exclu de l'espace médical du CSSP pour les CPN, ce qui est aussi le cas, nous le verrons bientôt, pour les accouchements, mais ce qui était un peu moins vrai pour les soins curatifs.

Parmi les prestations de SMI qu'offre la maternité du CSSP, les femmes enceintes sont-elles davantage attirées par les CPN ou par les accouchements? Trois cas de figure sont théoriquement envisageables:

- il y a identité entre les femmes qui suivent au moins une CPN à la maternité et celles qui y accouchent;
- des femmes enceintes suivent la CPN, puis rassurées, accouchent à domicile ou dans l'UVS de leur village;
- des femmes ne voient pas l'intérêt du rôle préventif de la CPN. Elles n'y assistent pas mais viennent cependant accoucher à la maternité pour bénéficier d'une assistance spécialisée.

Dans le premier cas, le nombre de nouvelles CPN est identique à celui des accouchements. Dans le deuxième il lui est supérieur, alors qu'il est inférieur dans le troisième. Un dernier cas, que nous n'envisageons pas ici car nos données ne permettent pas de l'appréhender, serait celui des femmes qui ne recherchent aucune des deux prestations. Pour répondre à la question initiale, nous allons donc examiner combien il y a d'accouchements au CSSP pour 100 nouvelles CPN. Cette comparaison n'est pas rigoureusement pertinente, puisque pour chaque femme, il y a disjonction temporelle entre les CPN et l'accouchement: en comparant le nombre de CPN au nombre d'accouchements durant une année (1994), on ne compare pas forcément les mêmes femmes.

En 1994, il y a eu pour l'agglomération de Ouessè 86 accouchements au CSSP pour 100 nouvelles CPN, avec peu de différence entre les communes de Ouessè et de Laminou. Ce taux diminue à 35 % à Attata et à 28 % pour l'agglomération d'Odougba. Dans toutes ces localités, la presque totalité des femmes enceintes effectuent au moins une CPN, rappelons-le. Nous pouvons en conclure que, d'une part, certaines femmes n'accouchent pas à la maternité (au moins 14 % pour l'agglomération de Ouessè, puisque le nombre de nouvelles CPN est une estimation minimale du nombre d'accouchements attendus) et, d'autre part, les femmes sont plus attirées

par la CPN

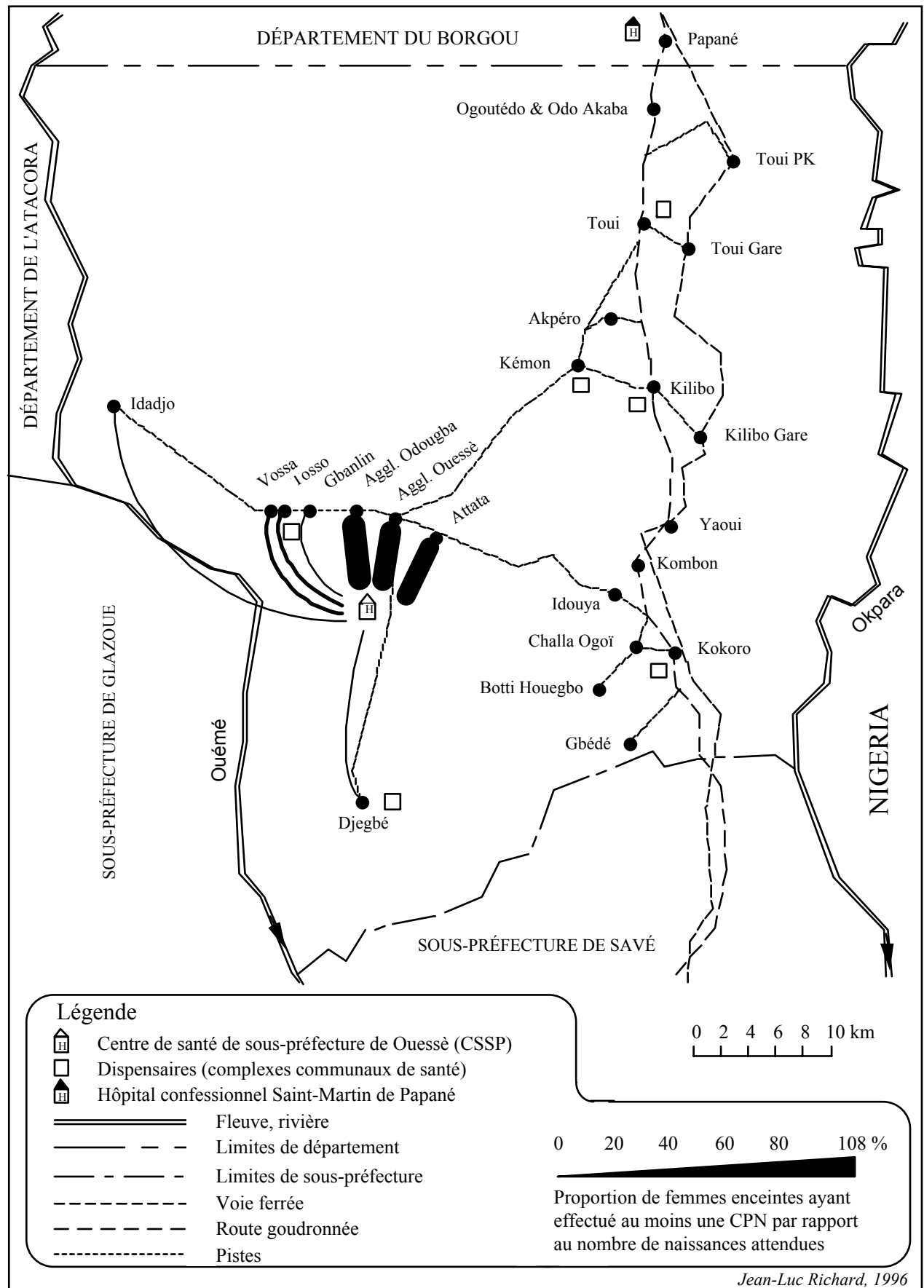


Figure 94 Aire d'attraction du CSSP de Ouessè pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux d'utilisation, en 1994.

que par un accouchement assisté par une sage-femme. La déperdition beaucoup plus forte observée pour l'agglomération d'Odougba et à Attata s'explique par la présence locale d'UVS. Si une femme peut suivre la CPN à la fois dans son UVS et à la maternité du CSSP, pour l'accouchement, il lui faut choisir. Même là où ce choix n'existe pas – l'agglomération de Ouessè¹ – une légère déperdition est enregistrée. Nous reviendrons en détail plus loin sur les espaces médicaux et sanitaires relatifs aux accouchements. Relevons encore qu'en 1993 la déperdition était d'environ 4 points plus faible pour chacune des deux agglomérations, mais presque deux fois plus faible pour Attata.

Les femmes des villages plus éloignés de Ouessè ne recourent qu'occasionnellement au CSSP pour la CPN et l'accouchement. Ils bénéficient en effet des services de maternités ou d'UVS locales. Les données de 1993 et de 1994 indiquent des tendances constantes dans le temps, mais variables d'un village à l'autre. Les femmes de Gbanlin, qui utilisent très rarement la CPN du CSSP, sont 3 à 5 fois plus nombreuses à venir y accoucher. La tendance est exactement inverse pour les deux villages voisins de Tosso et Vossa. A Djegbé, il semble que ce soit les mêmes femmes qui suivent les CPN et qui accouchent au CSSP. Du moins, leur nombre est quasi égal pour chacune des deux années. Pour ces utilisatrices occasionnelles et sans doute aussi largement conjoncturelles (vacances de la sage-femme locale, référence pour accouchement à risque) de la maternité du CSSP de Ouessè, cela n'a plus guère de sens d'interpréter ces chiffres en termes de préférence différenciée pour une maternité particulière selon qu'il s'agisse des CPN ou des accouchements.

Jusqu'à présent, nous nous sommes toujours intéressé au nombre de nouvelles CPN, c'est-à-dire au nombre de femmes différentes qui viennent au moins une fois. Nous avons vu que le taux de nouvelles CPN était sensible à l'augmentation de la distance, surtout au-delà de 4 kilomètres. On peut également supposer que le nombre moyen de consultations par femme est lui aussi soumis à la friction de la distance. Nous avons testé cette hypothèse pour les années 1992 et 1994, nous limitant aux quatre premiers kilomètres, les effectifs étant faibles au-delà et donc peu significatifs et assez disparates. Les sources disponibles nous ont contraint à n'étudier ici que les femmes ayant effectué au moins une CPN et accouché à la maternité du CSSP de Ouessè.

Il ressort de la Figure 95 que le nombre moyen de CPN pour ces femmes n'est pas sensible à la friction de la distance, aussi bien en 1992 qu'en 1994. Une enquête dans les services de santé publics des districts (ancienne appellation des sous-préfectures) de Banté et de Tori Bossito débouchait sur la même conclusion (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). Deux autres informations intéressantes se dégagent de cette figure. Premièrement, il existe pour une distance donnée une variabilité assez importante du nombre moyen de CPN. En 1992 par exemple, il oscille entre 3,5 et 4,1 pour les villages de la commune de Ouessè (Attata, hors agglomération, excepté) entre 3,6 et 4,4 pour ceux de la commune de Laminou et entre 2,4 et 3,9 pour ceux de la commune d'Odougba. Même si la distance joue en général un rôle capital dans l'utilisation des services de santé dans la sous-préfecture de Ouessè, nous avons là le rappel éloquent qu'elle n'en constitue pas le seul facteur explicatif. En 1992, c'est même Adougou, village dans lequel est construit le CSSP de Ouessè, qui enregistre le nombre moyen de CPN le plus bas de toute l'agglomération. Deuxièmement, on constate une baisse généralisée du nombre moyen de CPN par femme enregistrée entre 1992 et 1994. Les femmes inscrites en 1992 effectuaient en moyenne 3,8 CPN avant l'accouchement. Ce nombre tombe, sans que nous puissions

¹ Il existe bien une sage-femme privée qui effectue des accouchements à Gbémé, mais son activité est devenue insignifiante en 1994.

l'expliquer, à seulement 2,6 en 1994, alors que le taux de nouvelles CPN n'a guère fléchi entre ces deux dates. Il s'agit là d'une évolution inquiétante, puisque les sages-femmes affirment que le suivi correct d'une grossesse sans complication nécessite au moins trois CPN. Nous sommes donc passé sous ce seuil pour des femmes qui habitent pourtant à proximité d'une maternité et dont les grossesses ne sont pas toutes exemptes de risque. Et encore, nous ne parlons là que de femmes, soit une écrasante majorité tout de même, qui sont suffisamment conscientes de l'intérêt de la CPN pour y venir au moins une fois.

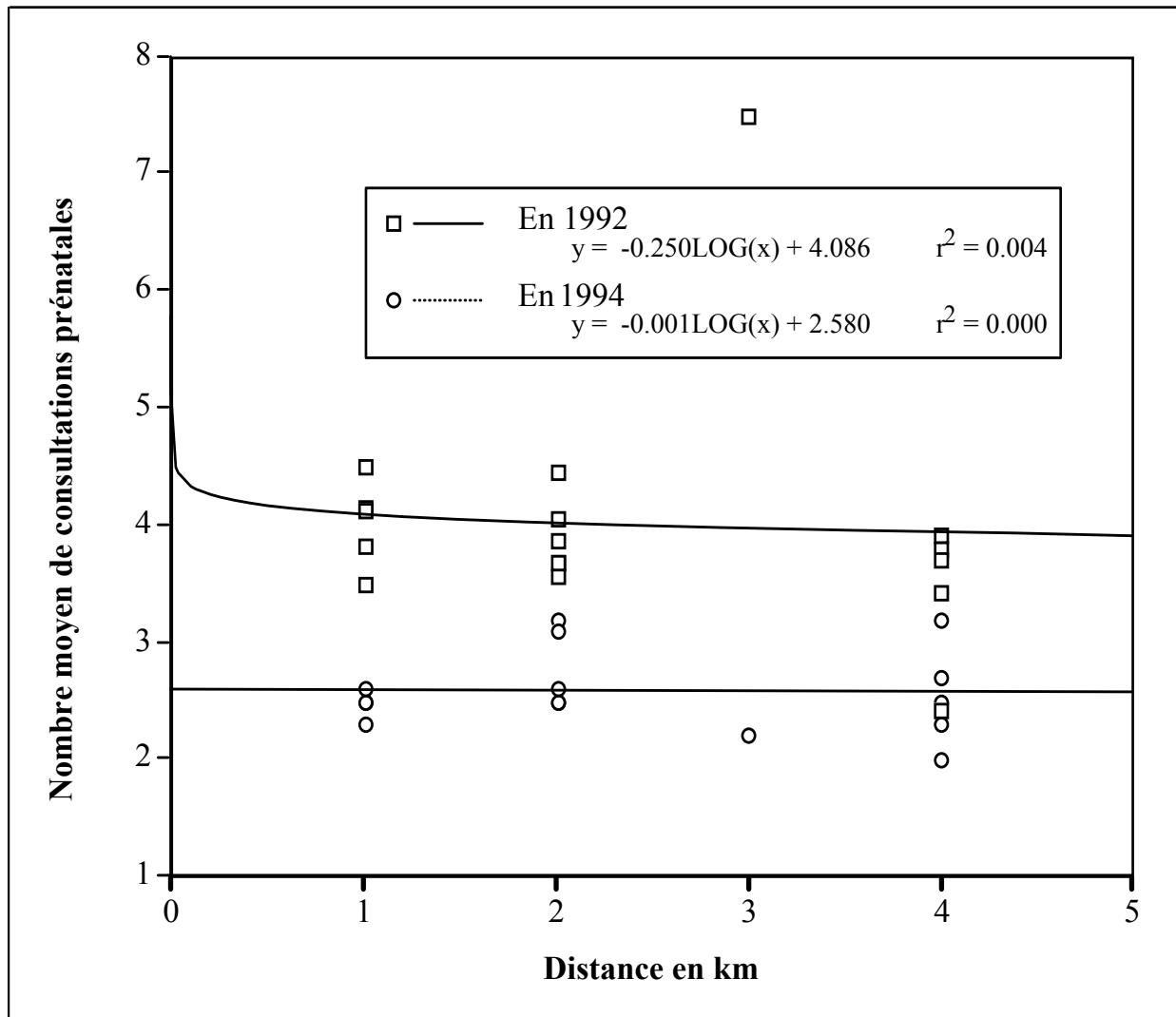


Figure 95 Nombre moyen de consultations prénatales effectuées par les femmes ayant accouché au CSSP de Ouessè, selon la distance, en 1992 et 1994 (sources: registres d'accouchement).

Finalement, nous examinerons si les femmes pour lesquelles on diagnostique une grossesse à risque¹ lors de la première CPN au CSSP effectuent par la suite plus de consultations et si les femmes venant de loin sont surtout des femmes à risque. Les hypothèses sous-jacentes sont que:

- les femmes à risque devraient être plus souvent convoquées et plus compliantes que les autres, donc effectuer plus de CPN;

¹ Les critères sont un âge inférieur à 16 ans ou supérieur à 35 ans, une taille inférieure à 1,5 mètre, une boiterie, le fait d'avoir déjà plus de 6 enfants, d'avoir subi une césarienne lors du dernier accouchement, d'avoir eu un enfant mort-né lors du dernier accouchement et d'être drépanocytaire ss. Une seule de ces conditions suffit, mais le risque augmente évidemment avec le cumul de plusieurs d'entre elles.

- les CPN pour les grossesses à risque devraient proportionnellement être plus fréquentes que les grossesses normales au CSSP que dans les CCS, si le système de référence entre les maternités de CCS et le CSSP fonctionne.

En 1994, sur 720 grossesses documentées au CSSP de Ouessè, 15 % étaient à risque. Les femmes à risque n'effectuent toutefois pas plus de CPN que les autres (en moyenne, respectivement 2,7 et 2,6 CPN), ce qui semble aller à l'encontre de toute logique. Si les sages-femmes encouragent vivement les femmes à risque à venir accoucher à la maternité plutôt qu'à l'UVS (pour quel résultat?), elles ne semblent en tous cas pas capables d'inciter les femmes à risque à un suivi plus serré.

Parmi les femmes qui ont effectué au moins une CPN, 22,5 % n'en ont suivi qu'une, 28,7 % deux, 27,5 % trois, 12,8 % quatre, 4,3 % cinq et 4,2 % plus de cinq. Les femmes à risque sont un peu moins nombreuses que les autres à se contenter d'une seule consultation: 18,5 % contre 23,2 %, mais pas plus nombreuses à effectuer des consultations multiples: 50 % d'entre elles effectuent au moins 3 CPN, contre 48,5 % des femmes non à risque.

Pour les cinq localités officielles de l'Ouest hors de l'espace médical officiel du CSSP pour les premiers recours, on a enregistré au CSSP quatre nouvelles CPN à risque contre vingt normales, soit 16,6 % (différence non significative selon le test du χ^2). Les femmes venant de loin pour assister à la CPN du CSSP de Ouessè ne sont donc pas plus à risque que celles venant de près ou de très près. Qui plus est, parmi ces femmes venant de loin, celles qui sont à risque ont effectué en moyenne deux CPN, tout comme celles qui ne sont pas à risque. Nous pouvons en conclure que les femmes des communes de Gbanlin et de Djegbé qui fréquentent la CPN du CSSP ne sont pas référées par les infirmières des maternités locales, qui ne sont d'ailleurs pas moins démunies face à une grossesse à risque que leurs consœurs du CSSP. D'autre part, les motifs qui poussent certaines femmes à s'autoréférer à la CPN de Ouessè ne sont pas ceux officiellement retenus comme indicateurs d'une grossesse à risque. Les critères officiels reposent sur la morphologie et les antécédents de la femme enceinte, alors que ceux retenus par les femmes elles-mêmes sont sans doute beaucoup plus conjoncturels: inquiétude pour l'enfant à cause de fortes nausées, de maladie sur grossesse, de faiblesse généralisée, ou encore vacances de l'infirmière ou antagonisme avec elle.

Les complexes communaux de santé

Comme nous l'avons déjà laissé entendre, l'enregistrement de routine des activités de SMI dans les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè est globalement mauvais. L'espace médical des CCS pour la CPN est ici surtout appréhendé à partir du taux de dépendance de la ressource envers les différents villages (cf. Figure 96).

La tendance générale qui se dégage de la Figure 96 est identique à celle déjà relevée pour les activités curatives des CCS: leurs espaces médicaux se limitent au mieux à la commune, dont le chef-lieu génère la plupart des consultations, Challa Ogoï excepté. Toutefois, Idadjo, Akpéro et Toui PK restent en dehors de tout espace médical de CCS, pour des raisons respectivement de distance, de brouille avec le village voisin et finalement de forte concurrence d'une maternité mieux cotée et au moins aussi proche. Ces trois villages disposent par ailleurs d'une UVS, dont la matrone pratique les CPN. Vu sous l'angle de la dépendance de la ressource, l'intensité de l'attraction pour les CPN est parfois extrêmement faible. C'est le cas pour Tosso, Idouya, Gbédé, Yaoui, Kilibo Gare et Ogoutédo/Odo Akaba. Les matrones de ces villages¹ ne pratiquent pourtant plus les CPN, sauf à Idouya, ce qui implique que la plupart des femmes de ces villages

¹ Kilibo Gare n'a jamais eu d'UVS.

n'effectuent aucune consultation prénatale ou les font ailleurs (femmes d'Ogoutédo/Odo Akaba à l'hôpital Saint-Martin).

Par rapport au nombre de naissances attendues, les taux de CPN varient entre 53 % (Kémon) et 71 % (Djegbé et Challa Ogoï) selon les communes. A une échelle villageoise, ces variations deviennent colossales. Elles s'étalent entre 0 % ou presque (Idadjo, Akpéro, Toui PK et Ogoutédo & Odo Akaba) et 131 % (Toui)! Selon cet indicateur de l'intensité d'attraction, les villages de Tosso, Idouya et Gbédé sont clairement dans l'aire d'attraction de leur CCS respectif (taux de 30 à 52 %). Il est à remarquer que si plus de 80 % des femmes enceintes de Vossa, en 1993 comme en 1994, effectuent au moins une CPN à la maternité de Gbanlin, presque la moitié de ces consultations sont le fait de femmes de Wokpa, village de colonisation agricole *fon* dépendant de Vossa. La quasi totalité des femmes de Wokpa utilise la CPN de Gbanlin, malgré la distance assez importante – 7 kilomètres – qu'il faut parcourir à pied. Les femmes de Vossa-centre ne sont par contre qu'environ 45 % à fréquenter la CPN de Gbanlin, beaucoup utilisant leur UVS, l'un n'excluant d'ailleurs pas l'autre.

Accouchements

Nous analyserons successivement l'espace médical réel pour les accouchements des trois niveaux hiérarchiques de services de santé, du plus élevé au plus bas.

L'hôpital Saint-Martin de Papané

Pour l'hôpital confessionnel, nous avons limité l'étude des accouchements à l'année 1994. C'est en effet la première année pour laquelle la provenance des patients, dont les parturientes, de l'ouest de la sous-préfecture y est détaillée, toutefois de façon encore assez peu fiable semble-t-il, puisque la mention de Ouessè reste très nettement surreprésentée. Cette année est aussi la seule pour laquelle nous ayons relevé la pathologie de tous les patients provenant de la sous-préfecture de Ouessè. Bien que l'accouchement ne soit pas une maladie, les parturientes sont enregistrées dans le même fichier des patients et le même registre d'hospitalisation que les autres patients. Le dépouillement systématique du registre des patients hospitalisés nous a encore permis de distinguer les accouchements par voie basse des accouchements par césarienne. Nous disposons aussi des mêmes données pour l'année 1992, mais seulement pour les parturiantes provenant de l'Ouest.

En 1994, seules 84 femmes provenant de la sous-préfecture de Ouessè ont accouché à l'hôpital Saint-Martin. Ce nombre est extrêmement faible au regard des 2'762 naissances attendues dans la sous-préfecture. Ainsi, seuls 3 % des enfants de la sous-préfecture sont nés à l'hôpital Saint-Martin en 1994. Le nombre d'accouchements à l'hôpital confessionnel reste aussi très faible si on le compare aux 679 accouchements effectués la même année par le CSSP de Ouessè. Il se situe même en dessous du nombre d'accouchements pratiqués dans les CCS de la sous-préfecture (de 109 à Challa Ogoï à 225 à Kilibo).

Trente-quatre accouchements, soit 40 %, ont nécessité le recours à une césarienne, ce qui est une proportion énorme, montrant bien que la maternité de l'hôpital Saint-Martin est surtout utilisée par des parturientes évacuées d'autres maternités et par celles considérées comme particulièrement à risque. Il n'est de plus pas rare que des parturientes soient évacuées vers l'hôpital Saint-Martin en vue d'une césarienne¹ et que l'accouchement s'y déroule finalement sans intervention chirurgicale. Cela s'explique notamment par le fait que, contrairement aux maternités publiques, l'hôpital confessionnel dispose d'une ventouse.

¹ Rappelons que le bloc chirurgical du CSSP de Ouessè n'a été inauguré qu'en avril 1994 et qu'il n'a jamais vraiment été apte à prendre en charge les urgences chirurgicales.

Le rôle de référence joué par cette maternité est confirmé par la proportion de césariennes selon la provenance. Elles constituent en effet 36,7 % des accouchements des femmes provenant de l'Est (24 cas), contre 52,6 % de celles venant de l'Ouest, plus lointain (10 cas en 1994 et 8 cas sur 18 en 1992, soit 44,4 %). Le test du χ^2 indique toutefois que cette différence entre l'Est et l'Ouest n'est pas statistiquement significative.

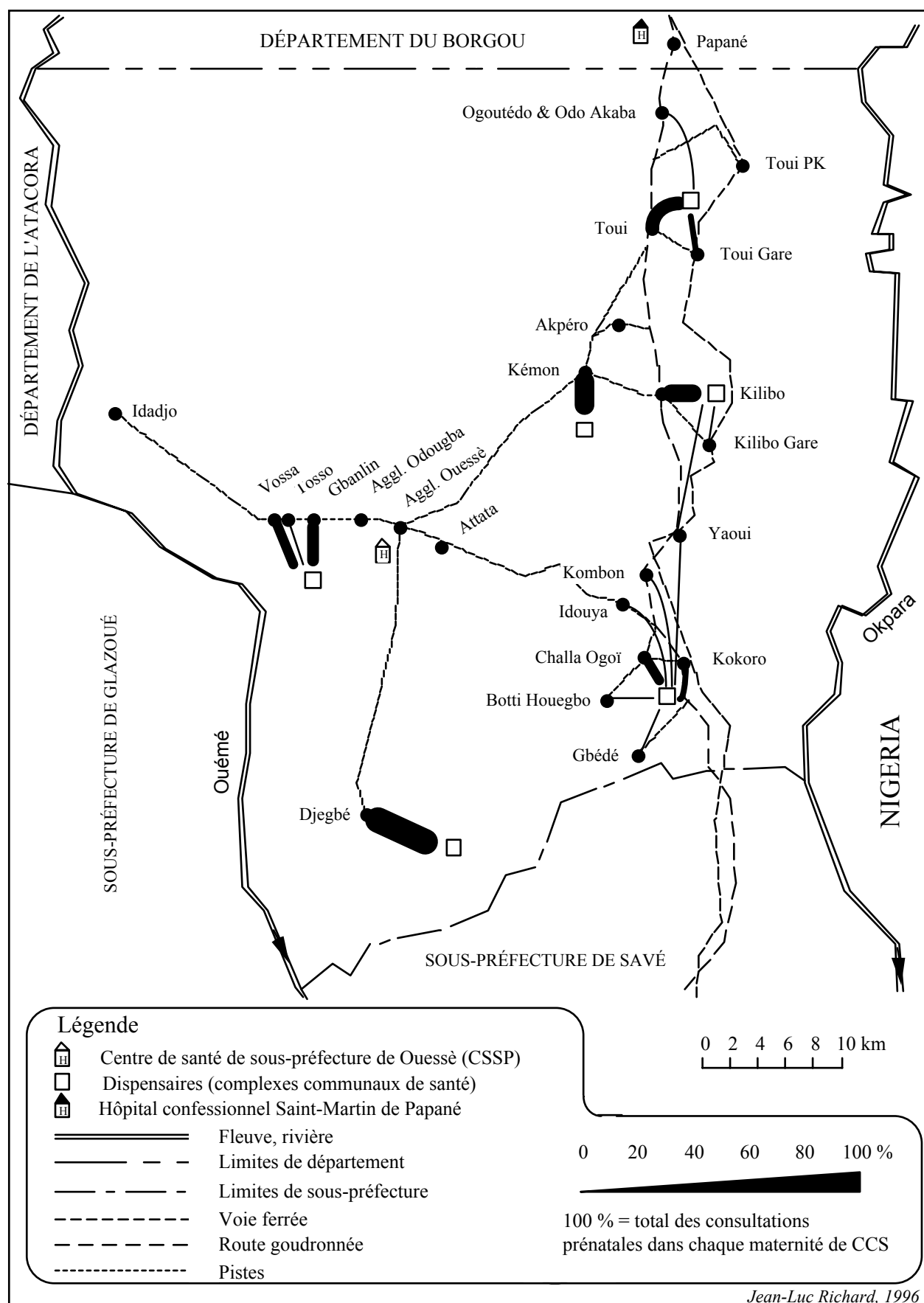


Figure 96

Aire d'attraction des CCS pour les nouvelles consultations prénatales selon le taux de dépendance de la ressource, en 1994.

En 1994, seuls 4,7 % des parturientes de l'Est ont accouché à l'hôpital Saint-Martin (65 sur 1'376 naissances attendues) et 1,4 % de celle de l'Ouest (19 sur 1'386 naissances attendues). De toutes les femmes de la sous-préfecture ayant accouché à l'hôpital Saint-Martin, 77,4 % proviennent ainsi de l'Est et 22,6 % de l'Ouest. A elles seules, les trois communes de Toui, Kilibo et Kémon génèrent presque 68 % de tous les accouchements. Mieux, les deux villages les plus proches de l'hôpital, Ogoutédo/Odo Akaba et Toui PK, lui envoient presque autant de parturientes (21,4 % du total) que tout l'ouest de la sous-préfecture. Comme le montre la Figure 97 délimitant l'aire d'attraction de l'hôpital confessionnel pour les accouchements à partir de son taux de dépendance envers chaque localité, plusieurs localités de l'ouest¹ et du sud-est de la sous-préfecture n'utilisent pas du tout cet hôpital pour les accouchements. La friction de la distance se révèle donc beaucoup plus forte pour ce type de prestations que pour les soins curatifs, pour lesquels, rappelons-le, l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin englobe toute la sous-préfecture.

Si l'on envisage à présent l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin à partir de la proportion de femmes y ayant accouché par rapport au nombre de naissances attendues par localité, on constate que l'attraction de cet hôpital sur l'Ouest est tout à fait marginal (cf. Figure 98). Comme l'effet de taille des villages est cette fois supprimé, on relève une assez bonne corrélation négative entre l'augmentation de la distance et le taux d'accouchement à l'hôpital Saint-Martin ($r = -0,82$). Sans surprise, ce sont les trois villages officiels les plus proches de l'hôpital qui enregistrent les taux d'accouchement les plus élevés, qui restent d'ailleurs bas (9,6 % au maximum). Il est étonnant de constater que le taux d'accouchement à l'hôpital confessionnel est aussi élevé ou presque pour Toui, qui dispose d'une maternité, que pour Toui PK et Ogoutédo/Odo Akaba, qui doivent se contenter d'une matrone². Nous retrouvons un taux d'accouchement à l'hôpital confessionnel plus élevé dans les grosses localités de Kémon et Kilibo que dans les petits villages des environs. Bien que le nombre de cas restreint relativise ce constat, il est toutefois surprenant que les femmes de localités disposant d'une maternité publique se rendent plus souvent dans une maternité de rang plus élevé pour accoucher, que celles devant se satisfaire d'une UVS. Nous pouvons tenter une hypothèse, difficile à vérifier rigoureusement, pour expliquer cette "anomalie". Elle repose sur deux constats déjà relevés dans ce chapitre:

- les femmes enceintes habitant dans une localité abritant une maternité y effectuent presque toutes au moins une CPN, alors que cela est beaucoup plus rare pour les femmes des villages sans maternité, qui se contentent de leurs matrones ou se passent de CPN;
- l'hôpital Saint-Martin de Papané est surtout utilisé pour les accouchements à risques.

On peut donc supposer que la surreprésentation des femmes des grosses localités disposant d'une maternité à l'hôpital confessionnel pour les accouchements est dû au dépistage des grossesses dystociques lors des consultations prénatales et à la référence d'une partie de ces cas à la maternité de Papané pour l'accouchement. Le corollaire de cette hypothèse est que les femmes enceintes qui ne suivent pas de consultations prénatales dans un CCS – elles se recrutent

¹ Répétons-le, il est probable que quelques parturientes de cette région ait été enregistrées comme provenant de Ouessè alors qu'elles habitent en fait un autre village de l'Ouest.

² Celle de Toui PK, qui faisait également office de secouriste est décédée en automne 1994. En mars 1995, elle n'était toujours pas remplacée. Les autorités villageoises avaient du mal à comprendre qu'une matrone ou un secouriste est l'émanation de la communauté. Elles souhaitaient que la maternité de Toui leur "envoie" une matrone. Dans le cas de Toui PK, comme dans ceux de Toui Gare et de Kilibo Gare se pose du reste plus qu'ailleurs une question fondamentale dès lors que l'on prône le financement et la santé communautaires: existe-t-il vraiment une communauté villageoise? Ces villages appartiennent à une zone de colonisation agricole. Beaucoup de leurs habitants sont des nouveaux venus relevant de nombreuses ethnies (jusqu'à 12 à Kilibo Gare!), souvent issues de l'Atacora, au nord-ouest du Bénin.

surtout dans les villages ne disposant pas de maternité – encourtent globalement un risque supérieur relativement à la grossesse et à l'accouchement.

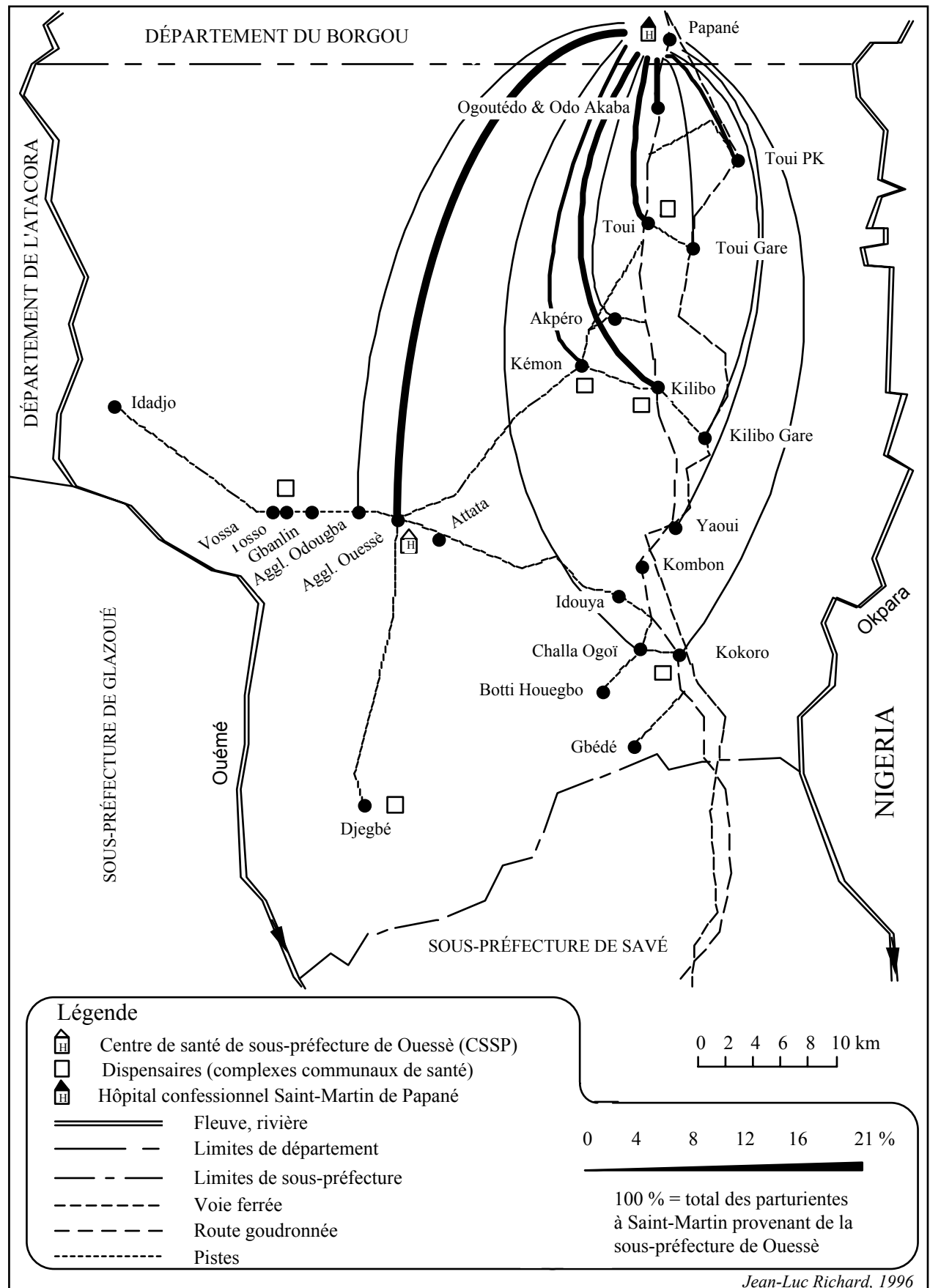


Figure 97 Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin pour les accouchements en 1994, selon le taux de dépendance de l'hôpital envers chaque localité.

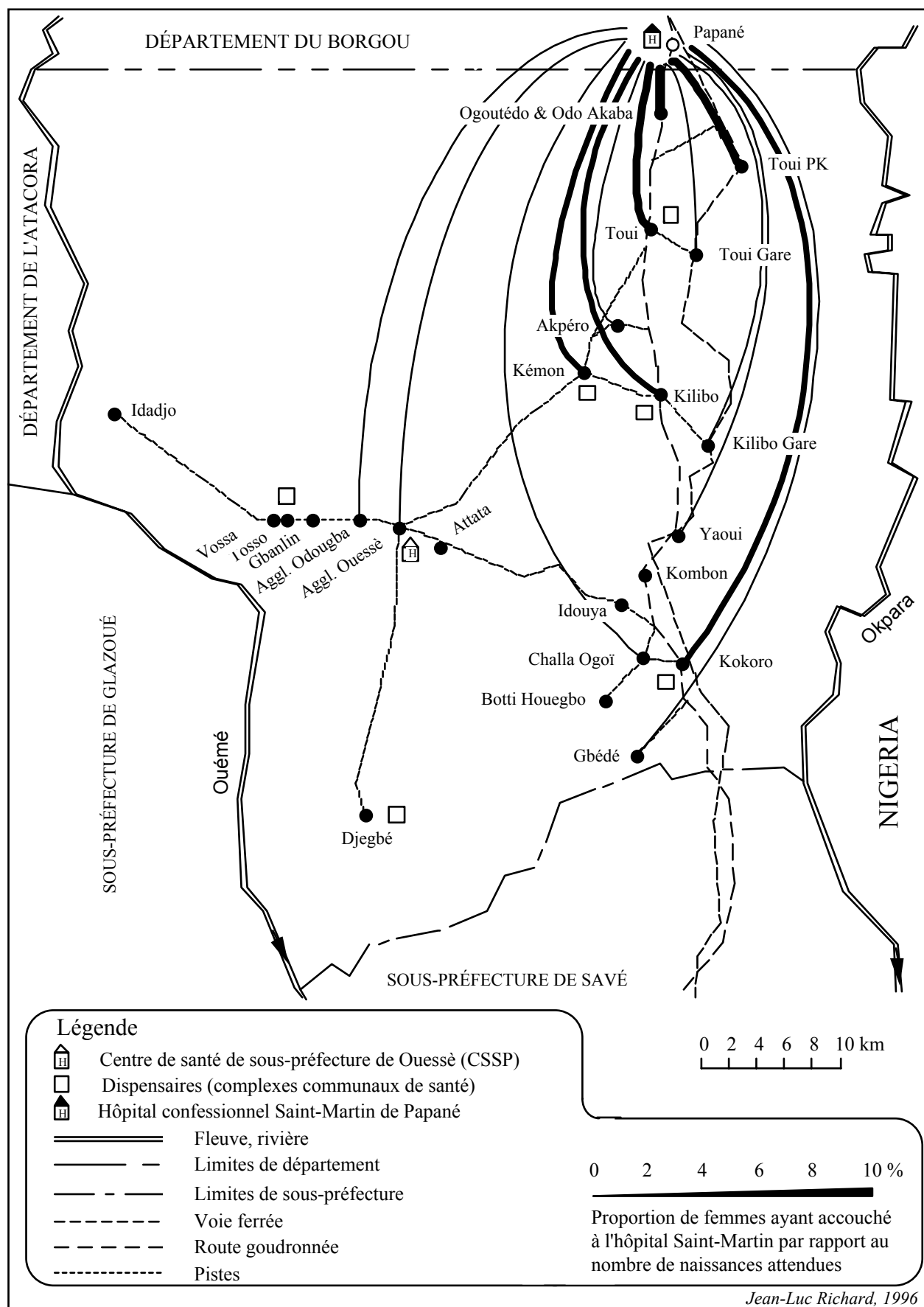


Figure 98 Aire d'attraction de l'hôpital Saint-Martin en 1994, selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.

La Figure 99 montre l'intensité de la friction de la distance sur le taux d'accouchement à l'hôpital Saint-Martin, en distinguant les accouchements par voie basse des accouchements par césarienne. Elle est plus faible pour les accouchements par césarienne. Nous retrouvons là ce que nous avons déjà observé pour les soins curatifs: les cas les plus graves sont moins sensibles au facteur distance que les autres.

La même figure montre aussi que le taux d'accouchement est moins sensible à l'augmentation de la distance que le taux d'utilisation des soins curatifs ambulatoires. Cependant, l'espace médical de l'hôpital Saint-Martin est plus large pour les soins curatifs que pour les accouchements. En effet, si l'on retient pour seuil maximal de l'aire d'attraction un taux de 1 %, le rayon de celle-ci est de respectivement 75,2 et 48,9 kilomètres pour les soins curatifs et pour les accouchements.

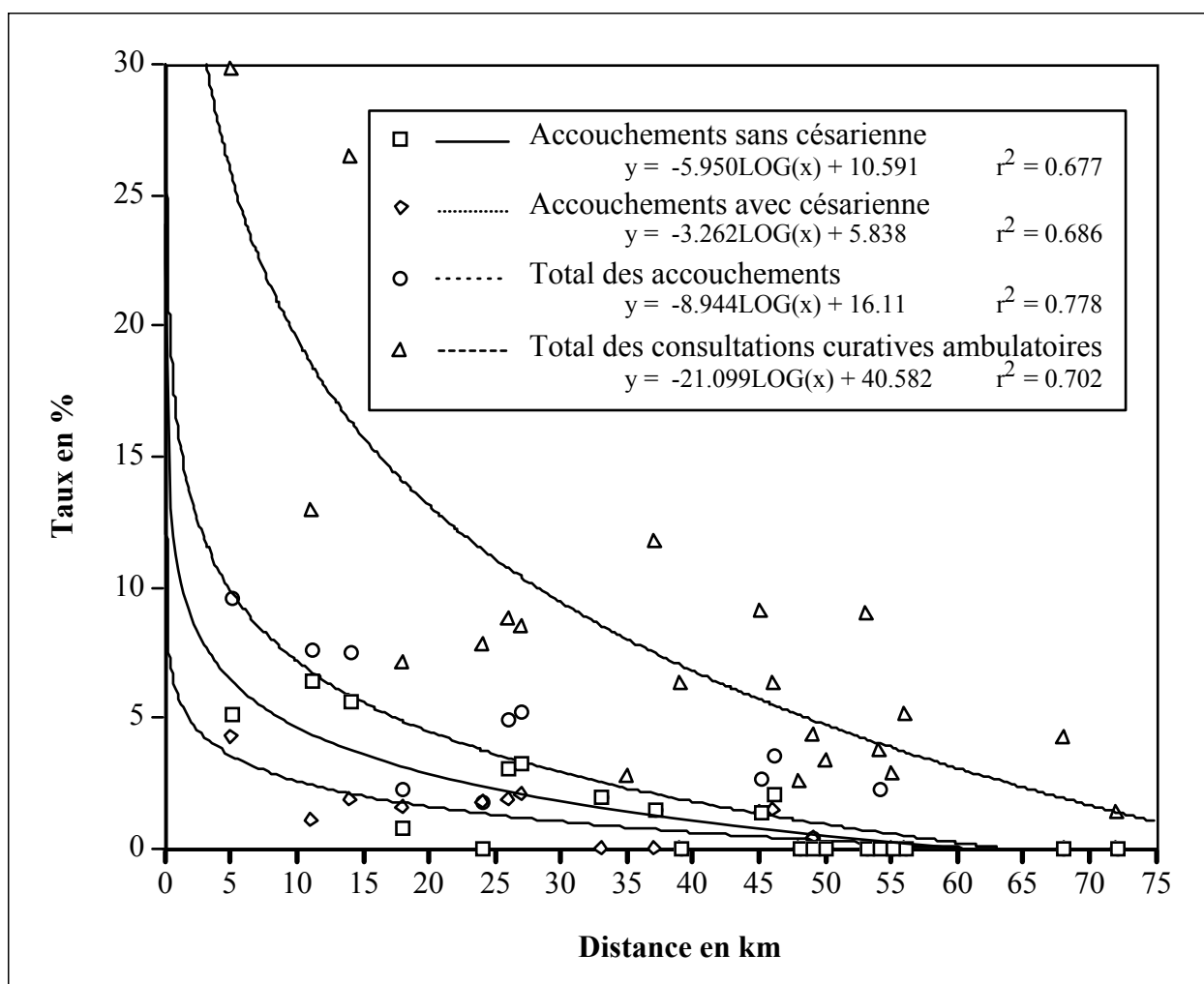


Figure 99 Taux d'accouchement par rapport au nombre de naissances attendues et taux d'utilisation des soins curatifs selon la distance à l'hôpital Saint-Martin, en 1994 (sources: fichier de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

La distance moyenne parcourue pour atteindre l'hôpital confessionnel est elle aussi inférieure pour les accouchements (26,7 kilomètres) que pour les soins curatifs ambulatoires (31,6 kilomètres). Ce qui montre bien, d'une autre manière, que l'attraction de cet hôpital varie

fortement selon le type de prestations recherchées. Bien que la clientèle de l'hôpital Saint-Martin paraisse plus locale pour les accouchements que pour les soins curatifs, la distance moyenne pour les accouchements cache en fait deux types d'utilisatrices. Il y a tout d'abord une clientèle réellement locale constituée de quelques dizaines de femmes attirées par la bonne réputation de l'hôpital et sa proximité. Ces femmes ne présentent pas pour la plupart de grossesse à risque. Il y a ensuite les femmes en couches évacuées d'autres maternités et celles à qui l'on a conseillé d'accoucher à l'hôpital Saint-Martin parce que l'on a détecté une dystocie grave lors des consultations prénatales. Ces femmes viennent de presque toute la sous-préfecture. La pratique ou non d'une césarienne est un indice, imparfait, permettant de distinguer ces deux catégories d'utilisatrices. Les accouchements les plus délicats, ceux nécessitant une césarienne, ont logiquement occasionné un trajet moyen plus long que les autres (respectivement 29,3 et 24,9 kilomètres).

Le CSSP de Ouessè

Le CSSP de Ouessè est de loin le centre de santé de la sous-préfecture qui effectue le plus d'accouchements: 706 en 1992, 759 en 1993 (+ 7,5 %) et 679 en 1994 (– 10,4 %). Signalons que pour 1994 nous n'avons pas pris en compte 26 femmes qui ont accouché à la maison et qui se sont rendues à la maternité avec l'enfant directement après, pour un contrôle¹.

Comment faut-il interpréter ces cas? S'agit-il réellement de femmes qui ont été "surprises" ou "surprises aux champs" ou encore "surprises en cours de route [pour la maternité]" comme l'affirment les quelques femmes n'ayant pas accouché en maternité ou en UVS que nous avons rencontrées? Ou bien cette explication cache-t-elle la volonté, inavouable, d'accoucher à domicile? Sur les 26 femmes concernées, 22 habitent l'agglomération de Ouessè. L'effet de surprise était-il tel qu'il empêchât de parcourir les quelques centaines de mètres les séparant de la maternité? Il est vrai toutefois que les femmes béninoises ont souvent pour habitude d'aller aux champs jusqu'au dernier moment. De plus, les femmes de la sous-préfecture n'aiment pas rester en travail des heures sur la table d'accouchement, d'où un déplacement vers la maternité souvent différé au maximum. Que ces excuses soient vraies ou qu'elles constituent de pieux, mais vraisemblables, mensonges, elles n'en demeurent pas moins indispensables. Se rendre sans tarder à la maternité après un accouchement non protégé constitue en effet au moins autant une manière d'éviter de futurs ennuis qu'une précaution pour préserver la santé de la mère et de l'enfant.

Il existait, et il existe encore dans certaines communes de la sous-préfecture, une amende, souvent de 3'000 F CFA, pour tout accouchement volontaire à domicile. Elle a été supprimée en 1992 pour les femmes dépendant du CSSP de Ouessè. Une amende de 3'000 FCFA existe encore dans la commune de Challa Ogoï (aucun cas de 1991 à 1994) et à Kémon, agglomération où elle est perçue par le maire, en accord avec le COGEC². C'est aussi le cas à Gbanlin, où la sage-femme la perçoit. En cas de refus, elle dispose de moyens de pression comme le refus de vacciner ou de recevoir en consultation. Au Bénin, la sanction d'une amende pour les femmes accouchant à domicile n'est pas propre à la sous-préfecture de Ouessè (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [et al.], 1988).

Un autre moyen de pression a remplacé ou s'est superposé aux amendes: le "volet" (acte de naissance). Il est délivrés par les maires de communes, à partir des cahiers d'accouchements prêtés par les maternités. L'acte de naissance devient de plus en plus indispensable pour inscrire

¹ Il est possible que pour 1992 et 1993 ces cas soient inclus dans les accouchements, ce qui expliquerait partiellement la baisse du nombre d'accouchements enregistrée en 1994.

² Avant l'ouverture du CCS, l'amende était même de 5'000 FCFA pour les accouchements à domicile, plutôt qu'à l'UVS de Kémon.

les enfants à l'école, pour postuler à certains emplois, administratifs notamment. Si un enfant ne figure pas sur un registre d'accouchements, des tractations d'autant plus délicates qu'il s'agit d'un acte discrétionnaire doivent être entreprises auprès du maire pour tout de même obtenir le "volet". Celui-ci, tout comme le personnel de santé, mais pour des raisons parfois différentes, ont tout intérêt à faire monter la pression sur les "coupables". Que le "contrat" soit tacite ou explicite, les maires sont donc les alliés objectifs des sages-femmes dans cette affaire. Toutefois, il peut arriver qu'un maire rompe le contrat. Une sage-femme du CSSP déplorait que le maire de Laminou délivrait depuis quelque temps les volets sans se préoccuper du lieu de naissance. Un moyen de pression sur les femmes de cette commune s'envolait pour elle. La suppression de ce moyen de pression aurait entraîné, selon cette sage-femme, une augmentation du nombre d'accouchements à domicile. Quant au maire, sa souplesse n'était peut-être pas sans contrepartie.

Pour certaines mères, le "volet" est devenu une véritable obsession. Lorsqu'on leur demande pourquoi elles ont accouché dans une maternité ou une UVS plutôt qu'à domicile, ou encore quel est l'avantage d'accoucher dans une maternité ou une UVS plutôt qu'à la maison, le "volet" constitue habituellement la première réponse, souvent complétée il est vrai par des arguments sécuritaires.

La maternité du CSSP joue officiellement le rôle de centre de référence sous-préfectoral pour les accouchements. Comme nous l'avons déjà vu, elle n'avait en pratique pas grand-chose de plus à offrir que les maternités de CCS, jusqu'à l'inauguration du bloc opératoire. Il n'est alors pas étonnant que, une fois encore, le CSSP desserve essentiellement les communes de Ouessè, Laminou et Odougba, ne disposant pas de CCS en sus du CSSP (cf. Figure 100). Ainsi, pour chacune des années 1992 à 1994, l'agglomération de Ouessè génère à elle seule environ 80 % des accouchements effectués à la maternité du CSSP. En 1994, la commune de Ouessè génère le tiers du total des accouchements (en augmentation), contre une petite moitié (en recul) pour la commune de Laminou. Selon l'année, de 12 % à 13 % des parturientes du CSSP proviennent de l'agglomération d'Odougba, à 4 kilomètres. Seules 6 % à 7 % (en diminution) des parturientes viennent du reste de la sous-préfecture, principalement de Gbanlin et Djegbé. La part de l'est de la sous-préfecture est encore plus insignifiante pour les accouchements que pour les soins curatifs: entre 0,1 % et 0,4 % selon l'année.

Évalué à partir du taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues, l'espace médical de la maternité du CSSP de Ouessè est évidemment le même dans son extension (cf. Figure 101). Si, comme pour les soins curatifs, les villages de l'agglomération de Ouessè constituent toujours le noyau dur de cet espace, l'intensité de l'attraction pour les accouchements sur les villages environnants est supérieure à celle relevée pour les soins curatifs. La majorité des accouchements attendus dans les communes de Ouessè, Laminou et Odougba (82,4 %) ont eu lieu à la maternité du CSSP. Tout comme pour les soins curatifs, ce taux diminue déjà sensiblement avec une faible augmentation de la distance. Il est en effet de 86,7 % pour la commune de Ouessè (Attata excepté), mais de seulement 79,8 % pour celle de Laminou, toujours dans l'agglomération de Ouessè, à moins de 2 kilomètres du CSSP. Les différents villages de ces deux communes offrent toutefois un large éventail de taux (de 54,3 % à Zogba Gaou à 104,6 % à Ouessè). Cette diversité s'explique autant par la variabilité, naturelle à un niveau aussi désagrégé, du nombre de naissances réelles par rapport à celui des naissances attendues, qu'à des variations comportementales d'un village à l'autre. Localisée à 4 kilomètres de la maternité, l'agglomération d'Odougba enregistre des taux variant entre 9 % et 50,7 %, pour une moyenne de 30,5 %. De même, Attata, à 3 kilomètres, connaît un taux d'accouchement en maternité de 27,1 %. Une distance de 3 à 4 kilomètres suffit donc pour qu'environ sept femmes sur dix accouchent dans leur UVS ou à la maison. Le secouriste d'Attata justifie de manière assez inattendue la préférence de l'UVS locale plutôt que de la maternité de Ouessè

pour les accouchements: “La distance est longue [3 kilomètres]. Le mari doit faire des allers et retours pendant deux ou trois jours. Ici, le mari est libre. Il passe à l’UVS [où les femmes sont gardées deux à trois jours] avant, après les champs.”

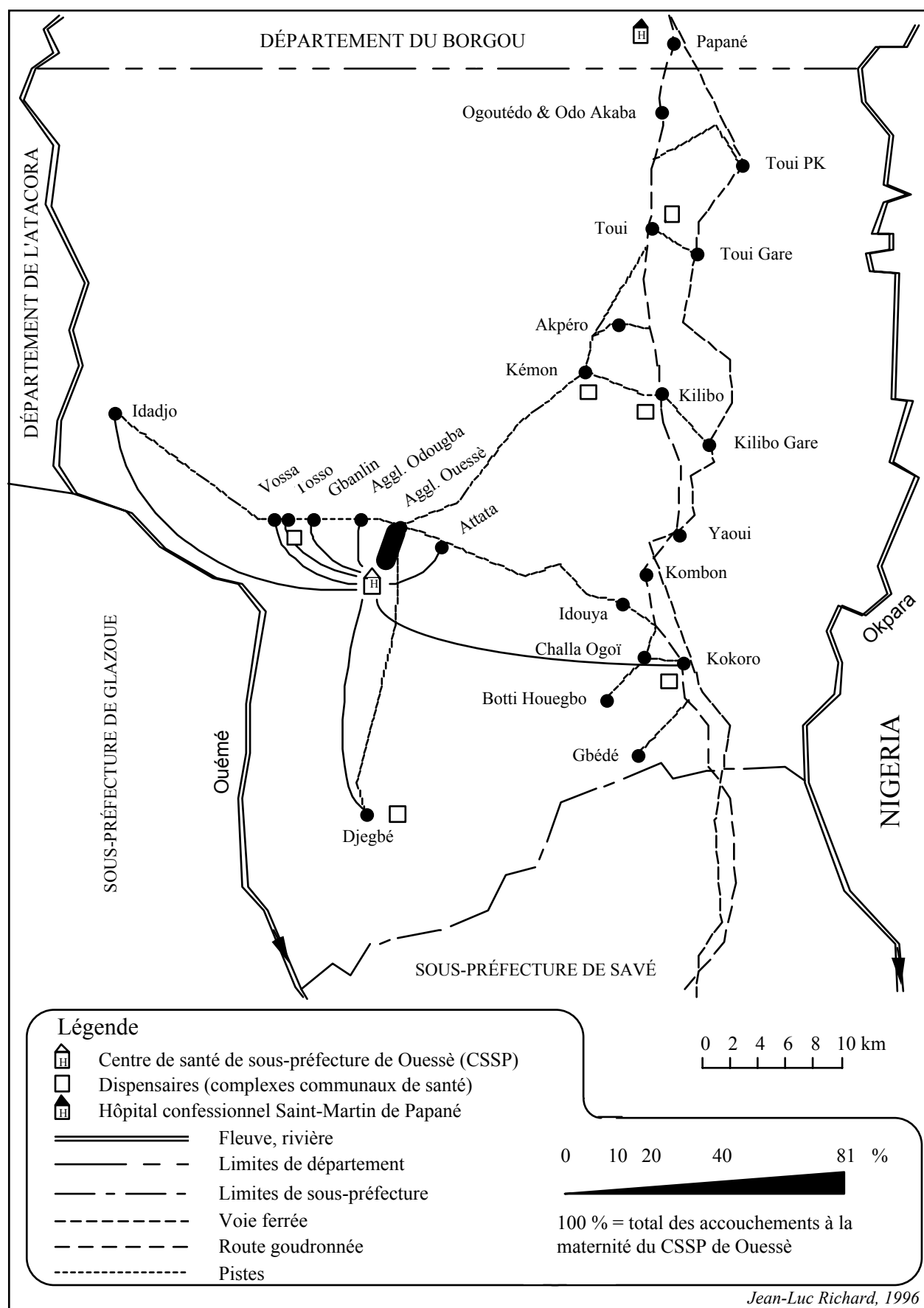


Figure 100

Aire d'attraction du CSSP de Ouessè pour les accouchements en 1994, selon le taux de dépendance de la maternité envers chaque localité.

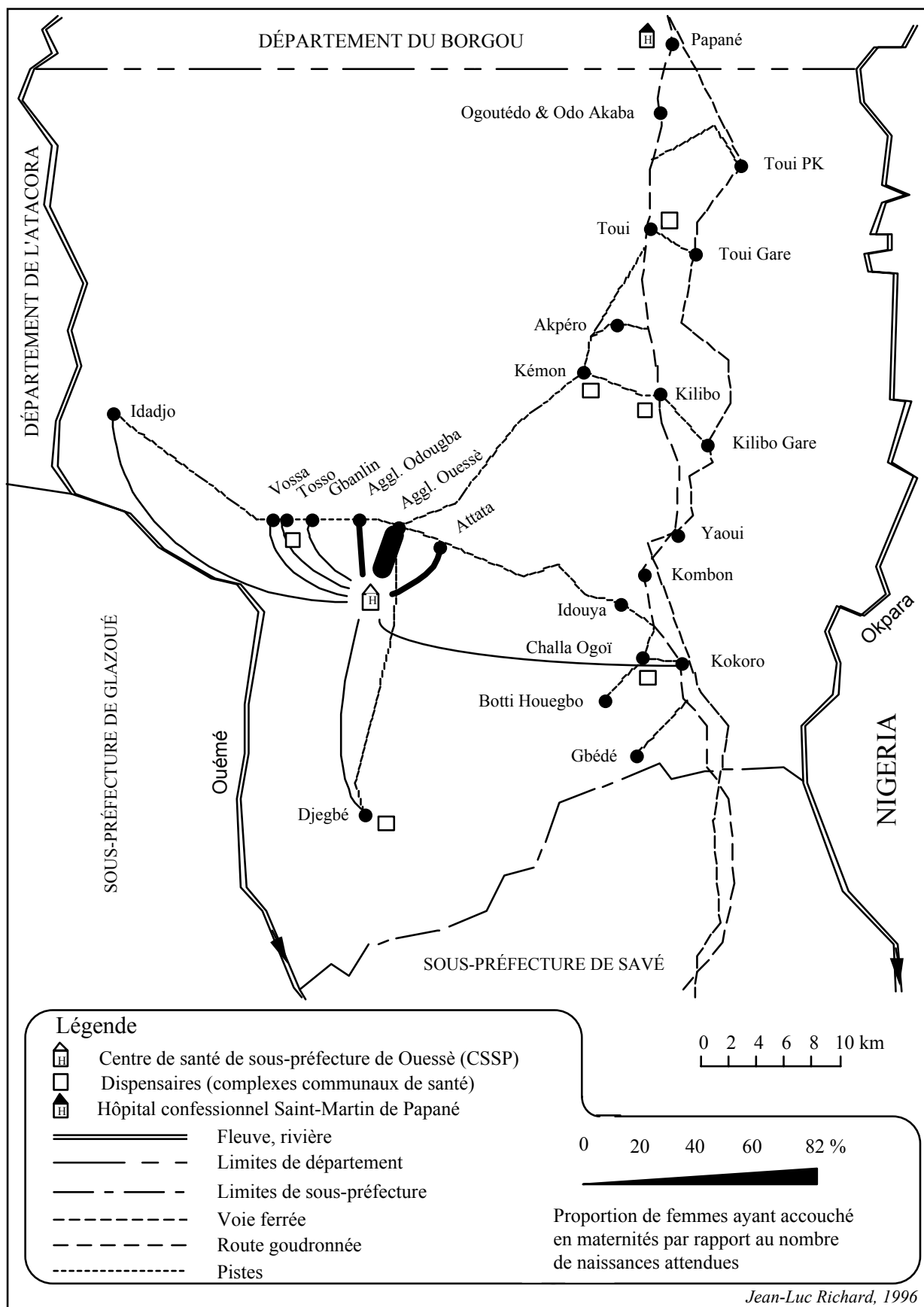


Figure 101 Aire d'attraction du CSSP de Ouessè en 1994, selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.

Entre 3,6 % (Idadjo) et 12,7 % (Gbanlin) des accouchements attendus dans les villages des communes de Gbanlin et de Djegbé se sont déroulés à la maternité de Ouessè. Cela peut paraître plutôt beaucoup lorsque l'on sait que les villages de Gbanlin et de Djegbé abritent chacun une maternité, dont les prestations sont à peine inférieures à celles du CSSP. En fait, ces taux recouvrent les quelques femmes référées à Ouessè (et qui n'ont pas ensuite été référées à l'hôpital Saint-Martin pour césarienne!), les quelques femmes autoréférées (manque de confiance en les sages-femmes locales et/ou relation mitigées avec elles) et celles qui ne voulaient pas s'en remettre à une matrone. Il ne faut en effet pas oublier que les sages-femmes des CCS sont absentes environ un mois par an, pour cause de vacances, sans parler des congés-maladie, des congés-maternité... Les maternités sont alors en charge d'une matrone, attachée à la maternité. Ces absences sont souvent ressenties comme une baisse des prestations offertes par la maternité. Il est à cet égard significatif que ce soit précisément dans les deux villages abritant une maternité que le taux d'accouchement au CSSP de Ouessè soit le plus élevé; ailleurs les femmes étant habituées à accoucher en UVS. Nous retrouvons là le même phénomène que dans les villages abritant les maternités de l'Est, vis-à-vis de l'hôpital Saint-Martin. L'hypothèse alors avancée pourrait aussi expliquer pour l'Ouest pourquoi les femmes disposant localement d'un CCS sont proportionnellement plus nombreuses à accoucher dans un hôpital: les consultations prénatales effectuées par des sages-femmes plutôt que par des matrones détectent mieux les grossesses à risque et augmente le nombre de femmes référées vers l'hôpital pour accoucher.

La Figure 102 montre que le taux d'accouchement, calculé en regroupant les villages contigus d'une même commune, est plus sensible à l'augmentation de la distance que le taux d'utilisation du CSSP pour des soins curatifs ambulatoires. Elle confirme également que l'espace médical du CSSP est plus large pour les soins curatifs que pour les accouchements. En effet, si l'on retient pour seuil de l'aire d'attraction un taux de 1 %, le rayon de celle-ci est de 24,4 kilomètres pour les soins curatifs et de 20,6 kilomètres pour les accouchements. Cette différence d'attraction pour les deux types de prestations se manifeste également par un trajet moyen plus court pour les accouchements (2,7 kilomètres) que pour les soins curatifs ambulatoires (3,4 kilomètres).

En définitive, l'espace médical du CSSP de Ouessè pour les accouchements est plus étroit que pour les soins curatifs, puisque le sud-est de la sous-préfecture (commune de Challa Ogoï) n'en fait pas partie. Cette maternité régionale ne joue pas du tout son rôle de centre de référence pour les maternités de CCS de l'Est de la sous-préfecture et très peu pour celles de l'Ouest. Elle n'offrait en effet pas, au moins jusqu'au printemps 1994, d'expertise et de prestations sensiblement différentes de celles des maternités périphériques. D'autre part, plus encore que pour les soins curatifs, cette aire d'influence peine à dépasser les communes de Ouessè, Laminou et Odougba. On constate encore une légère tendance, de 1992 à 1994, à un renforcement du poids des patients provenant des villages les plus proches du CSSP, au détriment des plus éloignés.

Les complexes communaux de santé

Les maternités des CCS ont pour vocation d'assurer les accouchements des femmes vivant dans les villages où elles sont implantées et de servir de premier centre de référence pour les UVS des autres villages de la commune. Certaines sages-femmes ont une confiance limitée dans les compétences des matrones et craignent qu'elles ne détectent ni ne réfèrent les grossesses à risque. Elles demandent donc aux matrones de leur envoyer au moins une fois les femmes enceintes en consultation prénatale. Comme certaines matrones sont décédées, ont déménagé ou ont cessé toute activité, et que de plus certaines femmes préfèrent l'assistance d'une personne jugée plus compétente qu'une matrone, les maternités de CCS doivent prendre en charge une part croissante des accouchements de la commune. Tout comme les infirmiers de CCS devraient

pouvoir s'appuyer sur les secouristes des UVS – et réciproquement –, les sages-femmes devraient travailler en étroite collaboration avec les matrones. Après la faillite de fait de l'expérience des UVS et le désintérêt quasi total des autorités sanitaires pour elles, il subsiste un système hybride et peu clair, où personne ne sait ce qu'il est en droit d'attendre ou d'exiger de personne. En fait, la situation varie de village en village, selon l'existence ou non d'une matrone, son dynamisme et le type de relations qu'elle entretient avec la sage-femme.

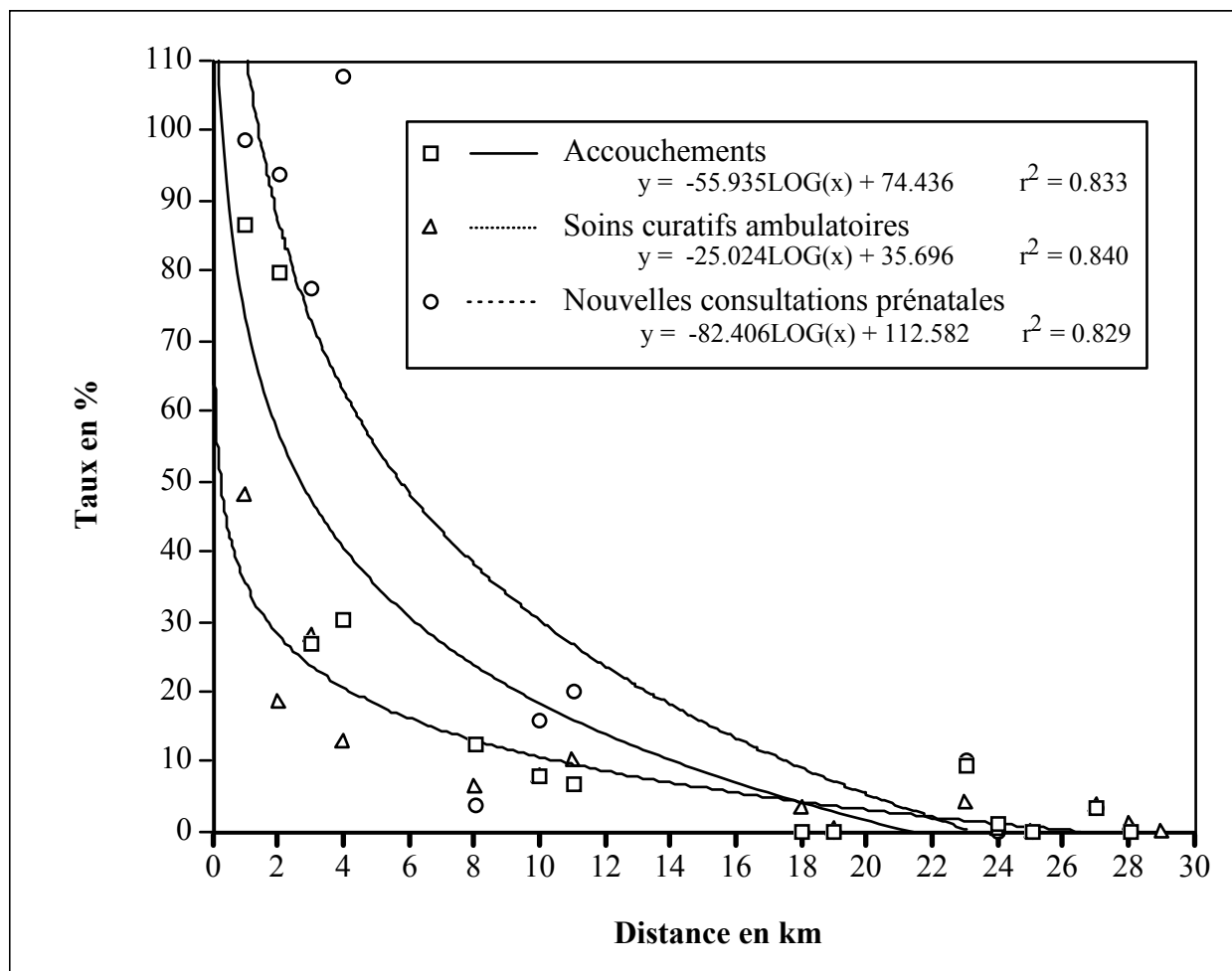


Figure 102 Taux d'accouchement et de nouvelles consultations prénatales par rapport au nombre de naissances attendues et taux d'utilisation des soins curatifs au CSSP de Ouessè selon la distance, en 1994 (sources: registre des accouchements, fichier des CPN, registre des consultations ambulatoires et recensement de la population de 1992 réactualisé).

L'analyse de l'espace médical des maternités de l'est de la sous-préfecture est un peu perturbé par une habitude propre aux femmes *nagot*: beaucoup d'entre elles rentrent accoucher auprès de leur mère, surtout pour la première naissance. Il ne faut donc pas s'étonner de lire sur le cahier d'accouchements d'une petite maternité communale que des femmes y viennent d'aussi loin que Savé, Tchaourou, Parakou... villes disposant naturellement de maternités d'un niveau supérieur, du moins officiellement. L'ampleur de ce phénomène est variable d'une année et d'une maternité à l'autre. Mais il n'est pas négligeable. Par exemple, il concerne 12 parturientes sur 109 (11 %) à la maternité de Challa Ogoï en 1994, 27 sur 182 (15 %) à la maternité de Kilibo la même année et 35 sur 178 (20 %) en 1993. Une forte majorité de ces femmes habitaient avant leur mariage le village abritant la maternité où elles ont accouché. Si elles sont originaires d'un autre village de la commune, elles y ont accouché à l'UVS ou sont restées en

ville pour accoucher et ne sont rentrées qu'ensuite chez leurs mères. Si ce type de parturientes est facile à repérer dans les registres lorsqu'elles viennent de loin, il n'en va pas de même lorsqu'elle viennent d'un village voisin. Les femmes de Toui Gare, par exemple, qui vont accoucher à la maternité de Toui sont-elles des ressortissantes de Toui se conformant à la coutume ou des femmes préférant accoucher en maternité plutôt qu'en UVS? Les deux cas de figure existent probablement, mais les enregistrements de routine ne sauraient nous renseigner sur leur importance respective.

Les cartes ci-après ont été élaborées sans tenir compte des parturientes habitant au moment de l'accouchement hors de la commune abritant la maternité étudiée. De même, le nombre de naissances attendues est calculé à partir de la population de chaque commune, sans supputer les éventuels apports extérieurs. Comme chaque commune dispose actuellement d'une maternité fournissant des prestations équivalentes, nous n'avons enregistré que quelques cas de femmes allant accoucher à la maternité de la commune voisine. La quasi totalité d'entre eux semble concerner des femmes retournant chez leurs mères pour accoucher. Analyser l'utilisation des maternités selon la provenance en se limitant pour chacune d'entre elles aux villages de sa commune n'introduit donc qu'une distorsion minime.

La Figure 103 montre qu'en 1994 les maternités de CCS dépendent plus massivement encore de la clientèle habitant le village où elles sont localisées que les dispensaires. Les taux de dépendance des maternités envers la clientèle s'échelonnent de 70 %, pour la maternité de Challa Ogoï, à 100 % pour celles de Kémon et de Djegbé. La situation est identique pour les années 1992 et 1993. Il existe même des maternités dont l'espace médical effectif est plus petit que la commune, c'est-à-dire que son espace médical officiel. C'est le cas de la maternité de Gbanlin, qui n'a attiré aucune parturiente d'Idadjo, de celle de Kémon pour le village d'Akpéro et de celle de Toui pour Ogoutédo & Odo Akaba et Toui PK.

Dans le premier cas, la grande distance (19 kilomètres), l'absence de moyens de transport adéquats (aucun taxi ne dessert Idadjo) et les mauvaises voies de communication (méchante piste, coupée 5 mois par an par la rivière Beffa) expliquent le peu d'empressement des femmes à se rendre dans leur maternité officielle. Selon les années, de 1 à 4 d'entre elles sont toutefois allées accoucher à la maternité du CSSP de Ouessè (mais aucune à l'hôpital Saint-Martin, en 1994 du moins). Le réflexe est donc le même que pour les soins curatifs: dans toute la mesure du possible, on se débrouille localement; seuls les cas graves sont confiés à un spécialiste et tant qu'à faire, l'investissement du déplacement étant lourd, autant continuer un peu plus loin et fréquenter un centre de niveau plus élevé. Si la maternité de Kémon n'arrive pas étendre à Akpéro son espace médical, la raison en est tout autre. Il s'agit d'un grave contentieux entre les deux villages, qui conduit les habitants d'Akpéro à boycotter un CCS qu'ils refusent de considérer comme le leur. Quant à la maternité de Toui, elle est confrontée au même problème que le dispensaire: la trop grande proximité d'un établissement tenu en haute considération par la population. La moitié nord de la commune de Toui est pour ainsi dire hors de l'espace médical du CCS, tous types d'activités confondus.

Indiquant le taux d'accouchement en maternité par rapport au nombre d'accouchements attendus, la Figure 104 vient relativiser quelque peu une vision de l'espace médical des maternités trop influencé par un effet de taille. Les chefs-lieux sont en effet, hormis Challa Ogoï, les villages les plus peuplés de chaque commune, et de loin parfois. Mais là encore, il ressort clairement que seule une minorité des accouchements attendus, parfois infime comme à Yaoui (3,7 %) ou à Gbédé (6,2 %), ont lieu en maternité dès lors qu'un village n'en est pas pourvu (et dispose généralement d'une UVS). Une faible distance suffit à éloigner les femmes des maternités. Par exemple, seuls 15 % des accouchements attendus à Tosso et à Kokoro se déroulent dans la maternité de leur commune, distante de respectivement 2 et 3 kilomètres.

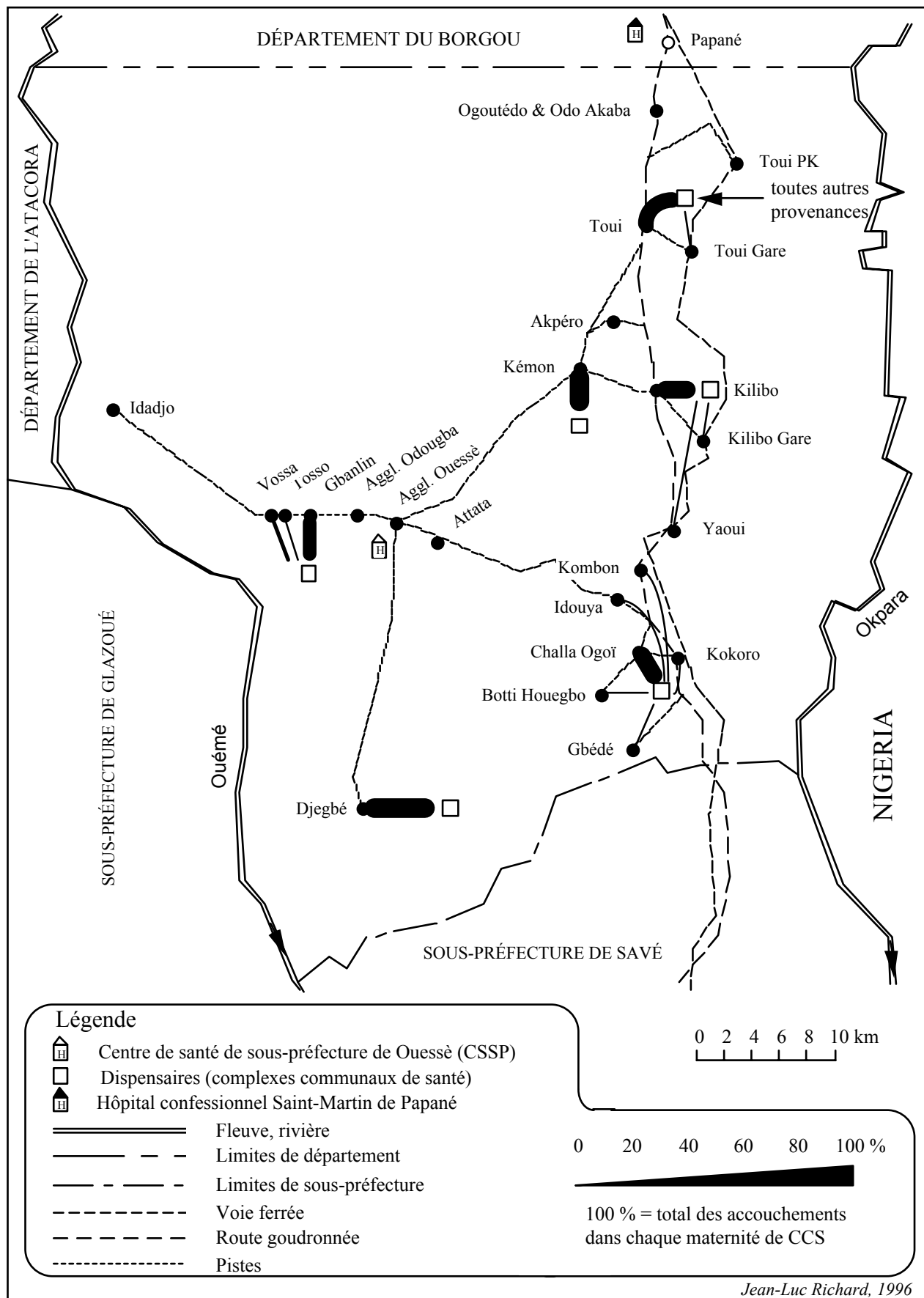


Figure 103 Aire d'attraction des CCS pour les accouchements en 1994 selon le taux de dépendance des maternités envers chaque localité.

Pour Kokoro, la distance n'est cependant pas seule en cause. Il y a eu une forte rivalité entre Kokoro et Challa Ogoï pour l'attribution de la maternité (cf. partie IV, chap. 2b). N'ayant pu l'obtenir, les femmes originaires de Kokoro boycottaient la maternité voisine et se contentaient de leur UVS pour les accouchements comme pour les consultations prénatales. Les femmes de Kokoro utilisant la maternité de Challa Ogoï étaient alors essentiellement des "étrangères"; mais depuis 1993 ou 1994 le boycott a "officiellement" cessé. C'est le village de Botti Houegbo, à 5 kilomètres de Challa Ogoï, qui enregistre le taux d'accouchement en maternité le plus élevé parmi les villages sans maternité (67 %). Ce petit village enclavé, dont le seul débouché passe par Challa Ogoï, est largement tourné vers ce village. Il ne faut cependant pas chercher dans cette localisation particulière la cause de ce taux élevé. Ce village est divisé par la religion. Une partie importante des habitants de Botti Houegbo s'est convertie au christianisme céleste. Depuis lors, ces gens refusent les services des deux matrones catholiques.

Bien que le village de Vossa dispose d'une UVS, plus de la moitié des femmes vont accoucher à la maternité de Gbanlin, distante d'à peine 3 kilomètres et facilement accessible. Il s'agit là cependant d'une évolution récente, car cette proportion n'était que de 7 % en 1992 et de 28 % en 1993. En regardant les choses d'un peu plus près, on remarque que la situation est en fait plus complexe. En 1994, plus de la moitié des femmes du village officiel de Vossa qui ont accouché à la maternité de Gbanlin proviennent plus précisément de Wokpa, gros village *fon* de colonisation agricole relevant de Vossa, à 5 kilomètres au sud de ce dernier et à 7 kilomètres au sud-ouest de Gbanlin. Ce village d'environ 500 habitants n'a ni UVS, ni matrone traditionnelle. Plutôt que d'aller à l'UVS de Vossa où elles sont "étrangères", les femmes enceintes préfèrent recourir à la maternité de Gbanlin, à peine plus éloignée mais plus qualifiée, pour accoucher. Malgré une distance inférieure à parcourir pour atteindre Gbanlin, environ les deux tiers des femmes de Vossa centre préfèrent par contre rester dans leur UVS.

Les maternités de CCS peinent donc à étendre leur espace médical pour les accouchements aux limites officielles qui leur sont assignées. Il en va de même pour le CSSP de Ouessè. Par ailleurs, et cela est aussi valable pour l'hôpital Saint-Martin, la taille de l'espace médical et l'intensité d'attraction sont plus limitées pour les accouchements que pour les soins curatifs ambulatoires. Non seulement l'espace médical réel est plus étroit que l'espace médical officiel, mais encore l'intensité de l'attraction est faible en dehors de la localité où est implantée la maternité. Il convient donc de considérer avec précaution certaines affirmations des sages-femmes, qui semblent parfois trop optimistes quand elles évaluent la situation dans leur commune. La plupart affirment que dans le village ou l'agglomération où est implantée la maternité, presque toutes les femmes y accouchent. Nous avons pu vérifier que cela est largement vrai, puisque pour ces localités les taux d'accouchement en maternité vont de 81 % à 116 %¹. Par contre, ce genre d'affirmations est souvent moins fiable pour les autres villages, que les sages-femmes connaissent moins puisqu'elles n'y habitent pas. Par exemple, la sage-femme de Kilibo disait au début de l'année 1995 que seules quelques femmes de Kilibo Gare, village sans UVS, accouchaient à domicile, essentiellement des femmes de l'Atacora. Or, en 1994, seules 36 % des naissances attendues pour ce village se sont déroulées à la maternité de Kilibo et 2 % à l'hôpital Saint-Martin. Presque toutes les autres ont bien dû se dérouler à domicile. Cet écart entre le discours et la réalité tient en partie au nombreux hameaux et fermes dépendants de

¹ Les deux taux les plus bas sont enregistrés dans les agglomérations de Kilibo (81 %) et de Ouessè (82 %). Il n'est pas exclus qu'ils y soient sous-estimés. Nous avons retenu un nombre de naissances attendues équivalant à 5 % de la population. Or il est vraisemblable que ce taux soit un peu inférieur dans ces deux localités les plus "urbaines" de la sous-préfecture.

Kilibo Gare, dont les femmes accouchent essentiellement à domicile, alors que les visites et contacts de la sage-femme se limitent à Kilibo Gare proprement dit.

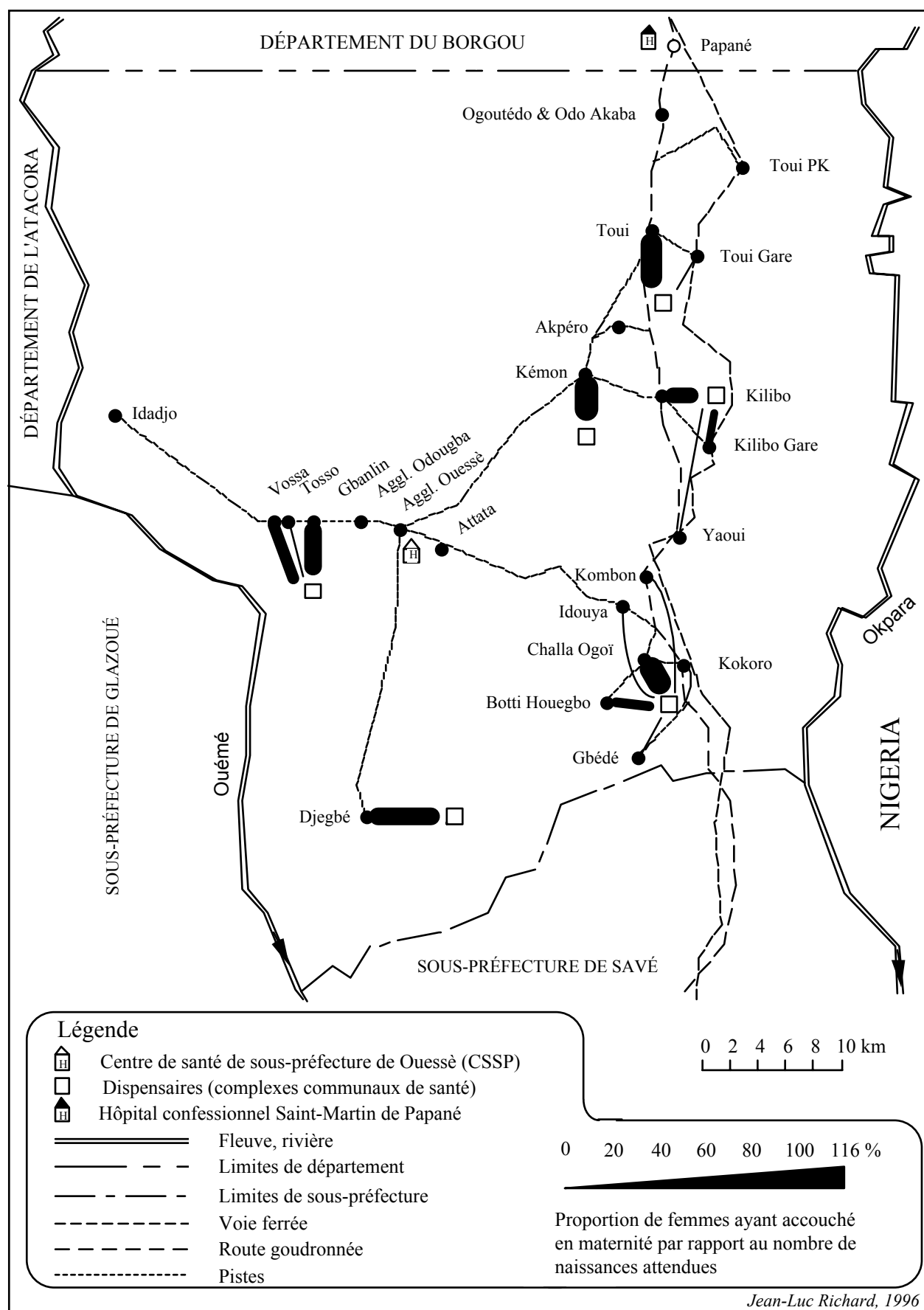


Figure 104

Aire d'attraction des CCS en 1994 selon le taux d'accouchement calculé par rapport au nombre de naissances attendues.

Le choix d'un lieu d'accouchement repose sur une autre logique que celui d'un recours curatif. Pour ce dernier, on recherche à la fois la proximité et la qualité des soins, dans un calcul coût/bénéfice qui inclut le prix monétaire total de la consultation. Cela conduit à une utilisation diversifiée des différents niveaux hiérarchiques de services de santé disponibles, impliquant assez souvent un déplacement relativement important. Pour les accouchements prédomine au contraire une "logique locale": on accouche là où l'on vit, sans vraiment prendre en compte la qualification de l'assistance qu'on y recevra. On a la chance d'habiter un village avec une maternité? Tant mieux! Il y a seulement une UVS avec une matrone? On s'en contentera! La matrone vient de décéder, comme à Toui PK? On recommencera à accoucher à la maison, faute de mieux... sur place¹.

L'habitude des femmes *nagot* de revenir accoucher dans leur village d'origine, auprès de leur mère, participe également de cette "logique locale", même si elle implique un long déplacement. Le but de ce trajet n'est en effet pas la recherche d'un service de santé plus qualifié pour les accouchements, mais le retour dans la famille. Tout comme pour la maladie, des études anthropologiques sur la perception de la grossesse, de l'accouchement et du rôle des différents acteurs contribueraient à éclairer les motivations d'un mode et d'un lieu d'accouchement. L'accouchement n'est sans doute pas perçu par la population comme une pathologie ou un acte médical, ce qu'il n'est objectivement pas, hormis en cas de complication. Pour la parturiente, l'environnement social de l'accouchement est probablement au moins aussi important que l'environnement médical, d'où ce désir d'accoucher dans un cadre familial, assistée par des femmes que l'on connaît et entourée par sa famille. De plus, l'urgence de la prise en charge et la mobilité restreinte² de la femme en travail ajoutent des raisons pratiques à un accouchement local.

Suivi de croissance des enfants au centre social

Nous utiliserons les données de l'année 1992 pour analyser l'espace médical du centre social de Ouessè, pour les séances de suivi de croissance des enfants. Pour cette seule année, nous disposons en effet du sexe des enfants. Or, il nous paraît intéressant de vérifier si les garçons ne bénéficient pas d'un traitement de faveur par rapport aux filles dans la prévention et les soins médicaux. Il conviendra de garder à l'esprit que l'espace médical du centre social était maximal à cette époque, grâce aux séances tenues pendant moins d'une année à la maternité de Gbanlin pour les femmes de cette commune.

Avec deux centres d'activités, Ouessè et Gbanlin, aucun des villages officiels de l'ouest de la sous-préfecture n'était en 1992 à plus de 4 kilomètres du centre social, si l'on excepte Djegbé à 23 kilomètres et Idadjo à 27 kilomètres. Les femmes de ces deux villages n'étaient d'ailleurs pas impliquées dans les activités du centre social. Afin de mesurer la friction de la distance, nous avons calculé le taux d'inscription des enfants au centre social en les regroupant par distance. Le nombre d'enfants pouvant potentiellement s'inscrire pour chaque village est estimé aux trois cinquièmes des enfants de 0 à 5 ans, population fournie par le recensement de 1992. Les séances du centre social s'adressent en effet aux enfants de 0 à 3 ans et à leurs mères.

¹ L'absence de maternité ou d'UVS locale n'implique heureusement pas systématiquement des accouchements à domicile, comme le prouve le cas de Wokpa exposé plus haut. Comment d'ailleurs expliquer ces comportements diamétralement opposés entre ces deux villages connaissant une situation similaire? L'origine des deux populations n'y est peut-être pas étrangère. Les habitants de Wokpa sont des colons agricoles *fon*, originaires de Tindji, localité du Sud, dans la région fortement urbanisée d'Abomey. Les habitants de Toui PK sont aussi des colons agricoles, mais pour la plupart issus de différentes ethnies de l'Atacora, département du nord-ouest du Bénin profondément rural.

² La plupart des femmes de Wokpa effectuent cependant à pied ou à l'arrière d'un vélo les 7 kilomètres les séparant de la maternité de Gbanlin. Ce n'est que dans les cas graves que l'on s'en va quérir, au prix fort, un taxi à Vossa ou à Gbanlin.

Les enfants de 0 à 3 ans de l'agglomération de Ouessè représentent 53 % des inscrits au centre social. Leur taux d'inscription est globalement de 19 %, par rapport au total des enfants de l'agglomération qui auraient pu s'inscrire. Ceux de l'agglomération d'Odougba constituent 13 % des inscrits, pour un taux de 10 %. Les enfants du village d'Attata, à 3 kilomètres du centre social, y ont une fréquentation marginale: moins de 1 % des inscrits pour un taux d'inscription de 7 %. L'ouverture temporaire d'une antenne du centre social à Gbanlin a permis aux enfants de cette commune une participation importante: les trois groupes de femmes de cette commune constituent presque un tiers du total des inscrits pour un taux d'inscription allant de 23 % à 52 %. Le taux d'inscription moyen pour l'ensemble des villages participant aux activités du centre social est de 19 %. L'espace médical du centre social s'étend en 1992 sur l'ensemble des communes de Ouessè, Laminou, Odougba et Gbanlin, les villages d'Attannondoho et d'Idadjo, ainsi que les *Peul* de Gbaffo exceptés (cf. Figure 105). Malgré la distribution de vivres, l'extension de cet espace médical et surtout l'intensité de cette attraction sont bien plus faibles que celles des maternités de Ouessè et de Gbanlin pour les CPN ou les accouchements.

Il ressort de la Figure 106 que le taux d'inscription au suivi de croissance du centre social est très sensible à l'augmentation de la distance, surtout si on le compare à celui de la CPN au CSSP qui, on s'en souvient ne fléchissait pas sur les 4 premiers kilomètres. Par contre, garçons comme filles sont quasi logés à la même enseigne. Le taux d'inscription des garçons est d'environ 2 points supérieur à celui des filles (différence non significative selon le test du χ^2), mais cet écart est constant avec l'augmentation de la distance.

L'ajustement de la courbe aux données n'est excellent ($r^2 = 0,95$ pour les deux sexes) que parce que nous avons agrégé celles-ci en fonction de la distance. La même figure individualisant chaque village des agglomérations de Ouessè et d'Odougba montrerait des taux d'utilisation extrêmement variables pour la même distance. Ces taux s'étirent par exemple entre 0 % et 31 % pour les villages de la commune de Laminou et entre 4 % et 31 % pour ceux de la commune d'Odougba. La friction de la distance n'est donc pas le principal facteur déterminant le niveau de participation aux séances du centre social. Il est encore à relever que si les femmes d'Adougou paraissent un peu en retrait pour les CPN, et cela d'autant plus qu'elles habitent à proximité immédiate du CSSP, elles comptent cette fois parmi les plus fortes utilisatrices du centre social, lui aussi construit dans leur village.

Lors de notre enquête domiciliaire de 1995, nous nous sommes penché sur la participation aux séances de suivi de croissance du centre social par les seuls enfants de 2 à 12 mois, c'est-à-dire ceux nés dans l'année précédant notre passage, à l'exception des bébés encore trop jeunes pour y participer. Au moment de l'enquête, seuls 4 des 13 villages visités appartenaient à l'espace médical du centre social: Adougou, Gbaffo, Attannondoho et Attata. Seuls 55 % des enfants concernés par ces séances y participaient, aux dires des personnes interviewées. Mais ce chiffre est tout de même beaucoup plus élevé que celui enregistré pour 1992, à partir des registres du centre social. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence:

- l'augmentation effective du taux de participation;
- une surdéclaration des parents, afin de se conformer à l'attente supposée des enquêteurs;
- plus vraisemblablement un biais introduit par la comparaison de deux populations différentes: les registres du centre social incluent toute la population cible, soit les enfants de 0 à 3 ans, alors que – pour limiter les problèmes de remémoration – nous nous sommes restreint aux enfants de 2 à 12 mois. Or il est vraisemblable que le suivi de croissance des enfants implique surtout les très jeunes enfants.

Les disparités intervillageoises d'utilisation de ce service sont bien marquées selon l'enquête domiciliaire. Tous les enfants d'Adougou, la clientèle potentielle habitant le plus près

du centre social, y vont. Résidant à l'autre extrémité de l'agglomération, soit à presque 2 kilomètres, les enfants d'Attannondoho ne sont plus que 61 % à fréquenter le centre social. Ceux d'Attata, à 3 kilomètres, sont encore moins nombreux (37 %). Habitant à environ 2 kilomètres du centre social, aucun enfant *peul* de Gbaffo ne l'utilise. Une fois de plus, les *Peul* sont écartés ou se

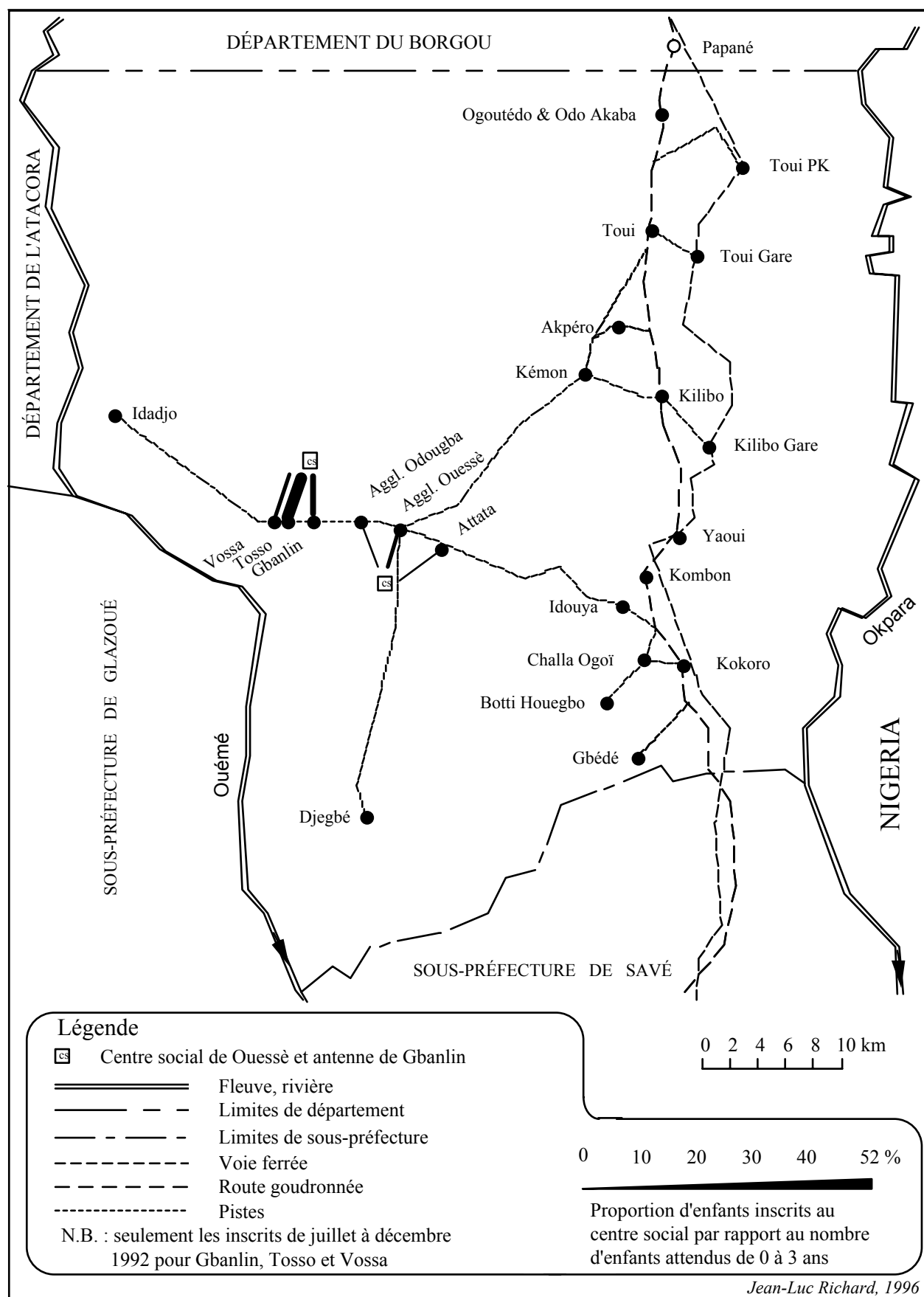


Figure 105

Aire d'attraction du centre social de Ouessè et de son antenne de Gbanlin selon le taux d'inscription, en 1992 (sources: registres du centre social et recensement de la population de 1992).

distancient eux-mêmes de certains types de prestations médico-sociales. S'agit-il d'un réel désintérêt de leur part ou bien n'ont-ils pas reçus les signes tangibles montrant qu'ils sont les bienvenus au centre social? Il se peut qu'une demande latente existe, mais que les *Peul*, généralement fort discrets et peu revendicateurs, attendent que le centre social fasse le premier pas. La prise en compte de la spécificité culturelle serait dévoyée si elle conduisait les services publics à en faire moins envers certains groupes ethniques à risque de sous-utilisation plutôt que d'y porter une attention accrue. Nous ne savons pas quels sont les contacts entre les *Peul* et le centre social. Toujours est-il que, dans certains cas au moins, ce dernier sait prendre en compte la différence culturelle, puisqu'il a réservé une séance mensuelle aux "Femmes du Nord" (les immigrées de l'Atacora), plutôt que de les mélanger avec les femmes *mahi* de leurs villages de rattachement officiel.

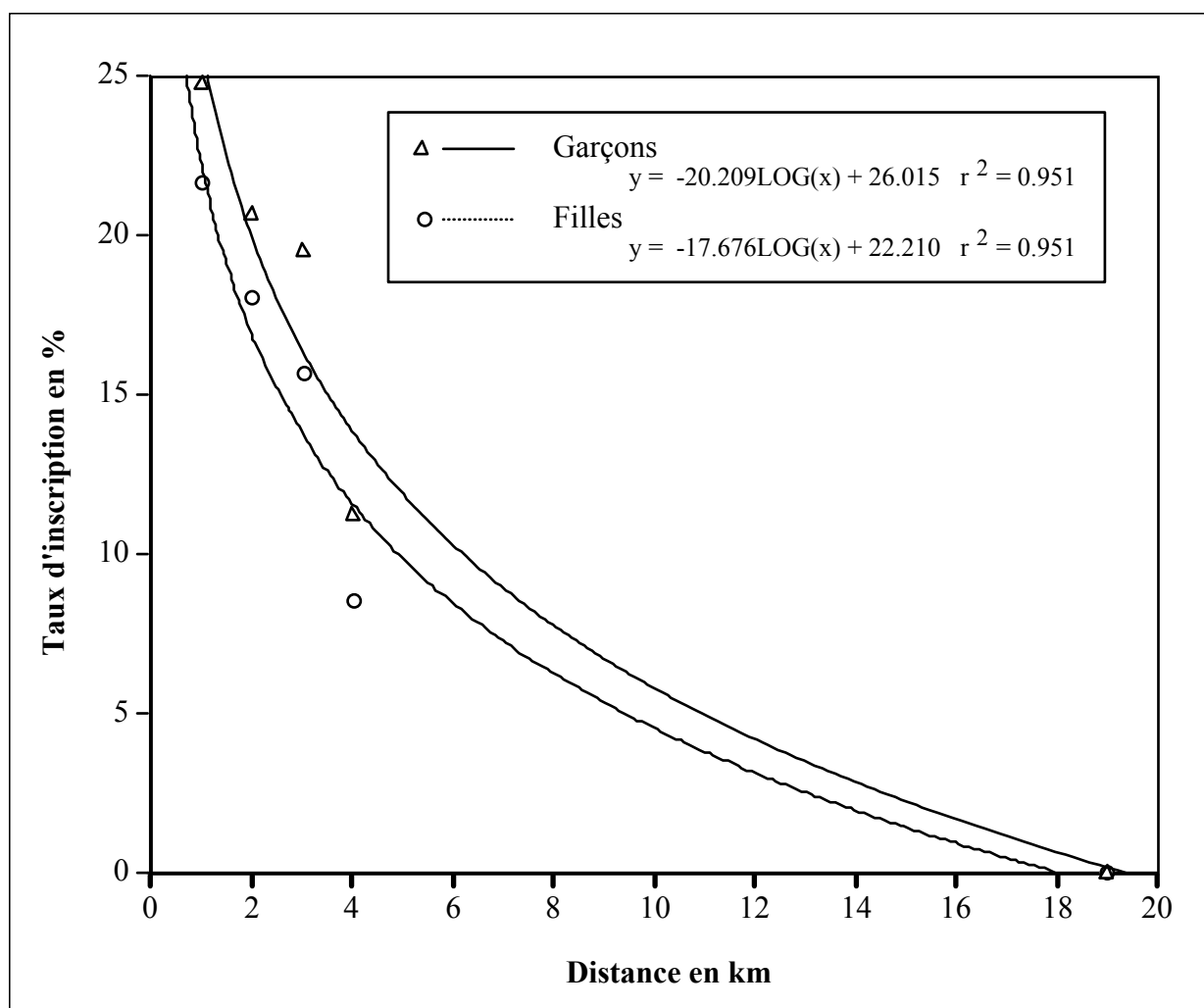


Figure 106 Taux d'inscription selon la distance et le sexe aux séances de suivi de croissance des enfants du centre social de Ouessè, en 1992 (sources: registres du centre social et recensement de la population de 1992).

La vaccination

Suite aux remarquables efforts du Programme élargi de vaccination (PEV), la vaccination est devenue la principale activité préventive des services de santé béninois, avec les consultations prénatales. Elle est intégrée dans les activités de routine de tous les services de santé publics et dans bon nombre de services du secteur confessionnel. Cette activité conserve

toutefois un statut particulier – et privilégié – en ce sens qu’on la considère comme si prioritaire qu’elle est la seule à être dispensée de façon aussi décentralisée. Ce qui n’est pas sans implication sur la définition des espaces médicaux et sur les taux de couverture.

Espaces médicaux pour la vaccination

Pour la vaccination des enfants de moins d’un an et des femmes de 15 à 45 ans, la détermination de l’espace médical des différents services de santé est très simple. En effet, les services de santé publics et même l’hôpital confessionnel Saint-Martin pratiquent ce que l’on appelle la “stratégie avancée” au Bénin. Elle consiste à augmenter les taux de couverture vaccinale en allant à la rencontre des populations-cibles, dans leurs villages. Il s’agit là de la seule activité des services de santé¹ qui se déroule à l’extérieur. C’est dire la priorité accordée au Programme élargi de vaccination (PEV) depuis quelques années au Bénin. En règle générale, les maternités pratiquent dans leurs murs une séance hebdomadaire de vaccination. Elle est essentiellement destinée aux habitants de la localité abritant la maternité. Toute autre personne est évidemment bienvenue. Chaque village officiel et plusieurs villages non officiels reçoivent de plus mensuellement la visite d’un agent vaccinateur (cf. Figure 107). Il s’agit généralement de l’infirmier du CCS dont dépend le village, parfois de la sage-femme. Selon les cas, cet agent peut se faire aider par son aide-soignant ou par le secouriste et/ou la matrone locaux.

Ainsi, l’espace médical d’un service de santé pour la vaccination se confond avec son aire d’attraction officiel, à trois exception près. Étonnamment, le CSSP de Ouessè n’assure la stratégie avancée que dans les communes de Ouessè (à Attata, à 3 kilomètres de l’hôpital) et de Laminou (à Laminou, à Kpassa et, depuis 1994, dans les hameaux *peul* de Gbaffo, en bordure de l’agglomération), alors que la commune voisine d’Odougba, qui ne dispose pas de CCS et dépend donc directement du CSSP de Ouessè, est laissée aux bons soins de l’infirmier du dispensaire de Tosso (CCS de Gbanlin). Ce dernier, qui n’est secondé par aucun aide-soignant assure pourtant déjà la vaccination dans les villages de sa commune, y compris dans trois hameaux de colonisation agricole². Il habite de plus à 6 kilomètres de l’agglomération d’Odougba, alors que le CSSP n’en est qu’à 4 kilomètres. La distance à parcourir est en fait encore plus importante pour lui, puisque, faute de réfrigérateur au CCS de Gbanlin, il doit d’abord venir chercher les vaccins au CSSP de Ouessè, avant de retourner à Odougba. En définitive, il assure à lui tout seul, parfois aidé par la sage-femme, la vaccination dans plus de villages que tout le personnel du CSSP de Ouessè (mais avec une population cible au total un peu inférieure il est vrai).

Cette situation a peut-être une raison historique: jusque vers la fin des années 1980, les villages de l’actuelle commune d’Odougba étaient rattachés à la commune de Gbanlin. L’actuel infirmier du CCS de Gbanlin, en poste depuis 1982, y assurait donc probablement la vaccination. Avec l’érection de la commune d’Odougba, qui a suivi de peu l’important agrandissement du CSSP de Ouessè, cette commune relève désormais de l’aire d’attraction officielle du CSSP. Mais comme il y avait déjà un infirmier apprécié de la population et fort accommodant qui avait l’habitude de vacciner dans ces villages, le personnel du CSSP n’a sans doute rien fait pour le décharger de cette tâche.

¹ Les agents vaccinateurs de l’hôpital Saint-Martin profitent de leurs tournées de vaccination pour suivre la croissance des enfants.

² En 1992, cet infirmier assurait la vaccination dans douze villages séparément (les quatre villages officiels de la commune de Gbanlin, les hameaux de Wokpa, Beffa I et Beffa II et les cinq villages officiels de la commune d’Odougba). Depuis 1993, il ne va plus à Beffa I et II car la population y refuse désormais largement la vaccination, suite à quelques réactions post-vaccinales. De plus, les séances à Zogba Trékou et à Tchédjannagnon, dans l’agglomération d’Odougba, ont été fusionnées. Malgré cela, la vaccination l’occupe encore presque trois matinées par semaine, pendant lesquelles le dispensaire est fermé.

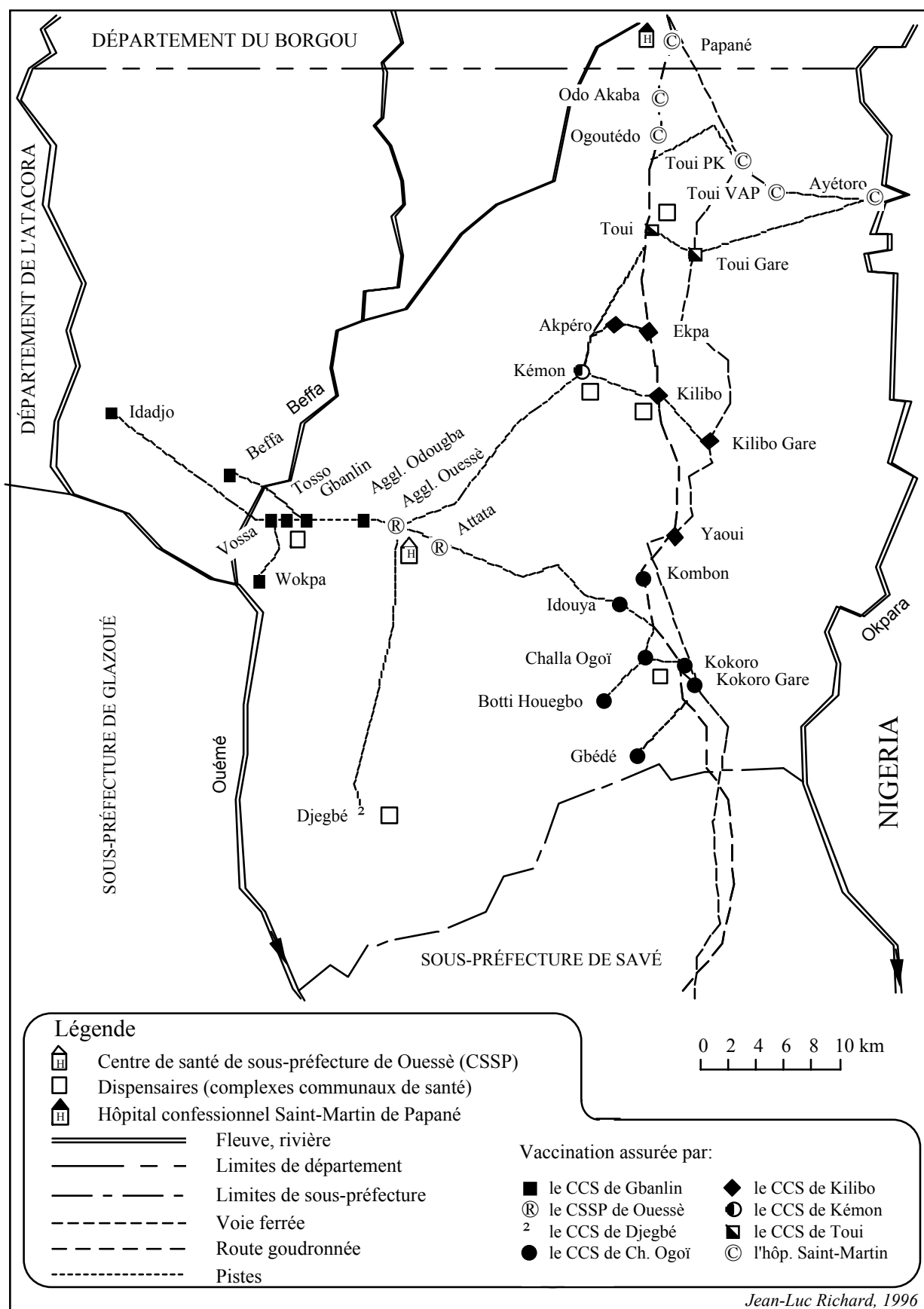


Figure 107 Espace médical des service de santé de la sous-préfecture de Ouessè pour la vaccination, en 1994 (source: cartes de vaccination des services de santé publics).

Précisons encore que l'espace médical du CCS de Gbanlin pour la vaccination fluctue selon la saison. De fin juillet à fin novembre, Idadjo et les hameaux Beffa, au-delà de la rivière Beffa sont inaccessibles à cause de la crue (à moins de nager!). Cette situation se traduit donc parfois par des retards importants dans le calendrier vaccinal, si ce n'est par un taux de perte plus important qu'ailleurs.

La deuxième exception est constituée par le nord de la commune de Toui. Suite à un arrangement avec l'hôpital Saint-Martin, celui-ci devait prêter main forte aux agents du CCS assurant la vaccination dans les villages et hameaux de la moitié nord de la commune. Cet accord permettait à l'hôpital confessionnel de se tailler un "territoire vaccinal" utile pour son image auprès des bailleurs de fonds et des autorités sanitaires béninoises¹, et au CCS de se décharger alors que pendant deux ans environ seul un aide-soignant desservait le dispensaire de Toui. Pratiquement, la collaboration a tourné court après un certain nombre de rendez-vous manqués. Chacun continua à assurer la vaccination de son côté dans ces villages, très épisodiquement il est vrai de la part du CCS. Il est donc arrivé que deux équipes se succèdent à une semaine d'intervalle, alors que certains mois personnes ne venait. À partir des besoins complémentaires de deux services de santé et d'une solution commune prometteuse, il y a eu là (est-ce terminé avec l'arrivée d'un nouvel infirmier à Toui?) un certain gâchis qui s'est perpétué à cause du désintérêt pour la question des médecins-chefs de l'hôpital Saint-Martin et de la sous-préfecture.

Le village d'Akpéro constitue la troisième exception. Pour les raisons que nous avons évoquées ailleurs (partie IV, chap. 2b), ce village qui relève officiellement du CCS de Kémon refuse catégoriquement toute visite d'un agent de santé venant de ce village. C'est donc l'infirmier de Kilibo qui prend en charge la vaccination à Akpéro.

Hormis ces trois exceptions, tous les villages officiels reçoivent mensuellement la visite des agents vaccinateurs du CCS de leur commune. Dans le cas de l'agglomération de Ouessè desservie par le CSSP, un point de vaccination peut desservir deux ou trois villages. Les femmes de la commune de Ouessè, Attata excepté, doivent se rendre directement au CSSP pour s'y faire vacciner, puisqu'elles en habitent très près. Elles bénéficient donc de quatre séances mensuelles au lieu d'une seule, mais elles perdent en contrepartie la dimension "événement collectif" et donc la visibilité et l'émulation d'une séance sur la place du village. Elles doivent en outre parcourir quelques centaines de mètres de plus pour aller au CSSP que les femmes bénéficiant de la stratégie avancée sur la place du village. Trouvant ces éléments importants pour la bonne fréquentation de la vaccination, l'infirmière du CCS de Kémon, excentré par rapport à un village très allongé, a réintroduit la vaccination sur la place du village, qui avait été supprimée au profit d'une vaccination hebdomadaire au CCS après son ouverture, fin 1992.

Avec la vaccination, nous avons sans doute actuellement le meilleur exemple pour le Bénin d'un service public de proximité ouvert à tous ou peu s'en faut. Même les gros villages non officiels, trop souvent oubliés à leur sort (très souvent sans école, sans eau potable ni UVS), en bénéficient. Le nombre de points de contact avec la population est donc beaucoup plus important pour la vaccination que pour n'importe quelle autre prestation des services de santé modernes. Leur dispersion est même supérieure à celle des tradipraticiens, puisque certains hameaux n'en ont point. Avec cette prestation de proximité, nous avons pour la première fois la conjonction entre l'espace médical officiel (aux trois exceptions près mentionnées ci-dessus), l'espace médical réel et l'espace de soins de la population. Il ne faut pas, dans ce cas, interpréter la restriction de cet espace de soins au lieu de résidence comme un indice d'une mauvaise accessibilité aux prestataires de services, mais au contraire comme celui d'une accessibilité totale grâce à une grande décentralisation de l'activité vaccinale.

¹ Quelques villages du sud de la commune voisine de Tchaourou appartiennent également à ce territoire.

Les résultats d'une enquête menée en 1993 dans 201 services de santé béninois suggèrent cependant que l'accessibilité à la vaccination en stratégie avancée a un impact moindre sur la couverture vaccinale que l'accessibilité à un service fixe assurant la vaccination, probablement à cause des différences de disponibilité temporelle qu'impliquent ces deux stratégies (LÉVY-BRÜHL, SOUCAT, OSSENI [*et al.*], 1997). La même enquête montre aussi que le taux de couverture complète et respectant le calendrier vaccinal des enfants de moins d'un an est plus élevé lorsque le service de santé dessert une population plus limitée. Elle relève encore que le taux d'utilisation des soins curatifs du quart des services assurant la meilleure couverture vaccinale complète est aussi plus élevé que celui du quart des services ayant la moins bonne couverture vaccinale (32 contre 18 %). Ces auteurs rapportent également une des conclusions, allant dans le même sens, d'une étude menée en 1994: l'utilisation des services de santé pour les soins curatifs constitue l'un des principaux déterminants d'une couverture vaccinale adéquate, c'est-à-dire complète et respectant le calendrier vaccinal.

D'une part, l'accessibilité à la vaccination est, nous venons de le voir, extraordinairement élevée. D'autre part, la vaccination est gratuite, si l'on excepte le prix symbolique (25 F CFA) de la carte de vaccination à acheter la première fois. Seuls des facteurs socio-culturels (d'une manière générale, les injections à but thérapeutique sont très prisées, ce qui devrait se répercuter favorablement sur la vaccination) et organisationnels (diffusion de l'information sur les avantages de la vaccination, sur le calendrier vaccinal, sur les dates, l'heure, la durée de passage...) peuvent donc en limiter l'utilisation, qui n'est malgré tout pas totalement généralisée. Pour le cas particulier de la vaccination, il ne saurait donc y avoir de variations de l'aire d'attraction des services de santé dispensateurs en fonction du sexe ou de l'âge, comme cela était parfois le cas pour les activités curatives. Ce qui n'empêche pas que l'attitude des parents face à la vaccination puisse varier selon ces facteurs.

Statut vaccinal des enfants

Nous allons analyser l'acceptation de la vaccination – concrétisée par l'entrée dans le cycle vaccinal – et la déperdition tout au long du calendrier vaccinal¹ à partir du statut des enfants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (commune de Djegbé exceptée) pour l'année 1992. Pour ce faire, nous avons relevé sur les cartes de vaccination du CSSP de Ouessè et du CCS de Gbanlin les informations suivantes: le nom et le prénom de l'enfant, son domicile, son sexe, son âge à la première vaccination, la dernière vaccination effectuée et le retard pour ce vaccin par rapport au calendrier idéal. Nous avons suivi le parcours vaccinal de tous les enfants ayant effectué leur premier vaccin entre début septembre 1991 et fin février 1992 (six mois), jusqu'à fin août 1992 (date du recueil). Les enfants les plus âgés de notre échantillon ont donc été suivis durant 12 mois, les plus jeunes durant 6 mois seulement. Cette différence ne porte pas à conséquence dans la mesure où nous n'étudions que les 4 premiers vaccins (poliomyélite 0 (Polio 0), diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite (DTCP 1 à 3), qui devraient déjà être tous administrés à 4 ou 5 mois. On peut donc considérer avec très peu d'erreur qu'un enfant qui n'a pas atteint le DTCP 3 au moins 6 mois après le premier vaccin a arrêté de se faire vacciner. Vers 9 mois, le vaccin antirougeoleux (rouvax) vient en principe clore la série de vaccins. Les statistiques officielles de couverture vaccinale se donnent un peu de marge en calculant le taux de couverture complète à une année. Nous n'avons pas pu inclure le rouvax dans notre étude, car cela aurait impliqué de pouvoir suivre tous les enfants sur une année complète.

¹ Le BCG et le Polio 0 devraient être administrés à la naissance ou peu après, le DTC 1 et le Polio 1 à 2 - 3 mois, le DTC 2 et le Polio 2 à 3 - 4 mois, le DTC 3 et le Polio 3 à 4 - 5 mois, le rouvax dès 9 mois, mais avant un an.

Le taux de couverture vaccinale a été calculé à partir du nombre de naissances attendues. Habituellement, le taux national annuel de natalité (50 ‰) permet d'estimer celui-ci. Comme un recensement national de la population s'est déroulé en février 1992 et que les enfants de moins d'un an à cette date englobent totalement notre échantillon (enfants de moins de 6 mois en février 1992), nous avons plutôt retenu comme dénominateur la moitié des enfants de moins d'un an selon le recensement. Cette estimation n'est pas non plus parfaite. Elle suppose que le nombre de naissances ait été égal dans les deux moitiés de l'année, ce qui n'est pas forcément le cas à un niveau aussi désagrégué que celui du village ou même de la commune. Cette imprécision explique pourquoi, dans quelques villages, plus de 100 ‰ des enfants ont au moins reçu le Polio 0 ou même le DTCP 1. Il arrive également que l'agent vaccinateur ne parvenant pas à retrouver la carte d'un enfant dans ses fichiers, souvent mal classés, crée une nouvelle carte. Au moyen d'une base de données informatisée comprenant, entre autres, les noms et prénoms de l'enfant et des parents, nous avons pu éliminer ces doublons, ce que ne font évidemment pas les statistiques officielles. Un autre biais, difficilement maîtrisable, altère la qualité des taux de couverture par type de vaccins: la mortalité infantile élevée. La période de vaccination s'étale en effet sur presque un an. Or, le taux annuel de mortalité infantile au Bénin va de 86 ‰ à 120 ‰ selon les sources (cf. partie I, chap. 2b). Il en résulte qu'autant d'enfants n'atteignent pas le stade de vaccination complet tout simplement parce qu'ils ne sauraient l'atteindre. Un taux de couverture précis, pour le DTCP 3 par exemple, supposerait que l'on connaisse le taux de mortalité pour les quatre premiers mois de la vie.

La dernière colonne du Tableau 82 indique la proportion des enfants de 6 à 12 mois qui ont reçu au moins une des quatre doses suivantes: Polio 0, DTCP 1, DTCP 2 DTCP 3. Elle indique donc aussi indirectement la proportion de ces enfants qui n'ont jamais commencé le cycle vaccinal. Pour l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, commune de Djegbé exceptée, cette proportion est de 15,8 ‰. Elle varie considérablement d'une commune à l'autre: 0 ‰ à Laminou, 12,1 ‰ à Ouessè, 20,3 ‰ à Gbanlin et 40,5 ‰ à Odougba, seule commune de la sous-préfecture sans service de santé public (mais bénéficiant, comme tous les villages dans ce cas, de la vaccination en stratégie avancée). Par village, l'éventail est encore plus large. Les enfants de plusieurs villages auraient tous été vaccinés au moins une fois, alors que ce serait le cas de moins de la moitié de ceux des villages d'Odougba et de Zogba Trékou. Ces chiffres sont imprécis à un niveau aussi désagrégué. Il n'en demeure pas moins que certains villages devraient faire l'objet d'une sensibilisation particulière aux bienfaits de la vaccination, tout en cherchant à élucider s'ils connaissent des blocages particuliers envers elle.

Examinons la déperdition au fil des vaccins chez les enfants qui ont commencé la vaccination. Ce début de vaccination n'est, rappelons-le, pas toujours volontaire dans le sens où les enfants nés en maternité (les deux tiers des enfants attendus dans la zone considérée) en ressortent souvent avec le Polio 0. Pour l'ensemble de la zone, 23,3 ‰ des enfants qui ont commencé la vaccination ne sont pas allés au-delà du Polio 0 (cf. Tableau 82). Presque un quart des enfants ressortent donc du cycle vaccinal à peine entrés. D'une commune à l'autre, les écarts sont considérables. Celles de Gbanlin (seulement 7 ‰ d'arrêt à ce stade) et d'Odougba (43,5 ‰), qui reçoivent pourtant le même agent vaccinateur, occupent les deux extrêmes. La commune de Ouessè est un peu au-dessous de la moyenne (20,7 ‰), celle de Laminou un peu en dessus (26,4 ‰). D'un village à l'autre, les écarts sont encore plus prononcés. A Attata, Tosso ou Idadjo, aucun enfant n'a arrêté la vaccination à ce stade, alors que c'est le cas de 65 ‰ des enfants du village d'Odougba. Même si ces chiffres doivent être considérés avec prudence, en raison des très faibles effectifs, il s'en dégage tout de même quelques tendances.

Toujours pour l'ouest de la sous-préfecture sans la commune de Djegbé, 11,6 ‰ des enfants quittent le cursus vaccinal après DTCP 1. Ainsi, la déperdition se poursuit, mais à un rythme moins soutenu qu'entre le Polio 0 et le DTCP 1. Cela est sans doute dû au fait que seules

les femmes motivées ont fait l'effort de retourner à la maternité ou de sortir sur la place du village pour le DTCP 1, motivation initiale de bonne augure pour la poursuite de la vaccination. La déperdition la plus faible est à nouveau dans la commune de Gbanlin (8 %), alors que la plus élevée est cette fois dans celle de Laminou (15,5 %). Les écarts entre les extrêmes se sont considérablement comblés, aussi bien à l'échelle des communes qu'à celle des villages (de 0 % à 25 % pour ces derniers). Il est remarquable qu'à ce stade, les trois petits villages d'Attata, de Tosso – où habite l'agent vaccinateur – et d'Idadjo n'aient encore enregistré aucune déperdition.

Tableau 82 Dernier vaccin effectué par des enfants de 6 à 12 mois selon le type de vaccins et le domicile, en 1992 (sources: cartes de vaccination du CSSP de Ouessè et du CCS de Gbanlin et recensement de la population de 1992).

	Pop. cible	Polio 0			DTCP 1			DTCP 2			DTCP 3			Total		
		N	% tot	Tx %	N	% tot	Tx %	N	% tot	Tx %	N	% tot	Tx %	N	% tot	Tx %
Ouessè	44	11	22.9	25.3	6	12.5	13.8	6	12.5	13.8	25	52.1	57.5	48	100.0	110.3
Adougou	14	3	30.0	21.4	0	0.0	0.0	2	20.0	14.3	5	50.0	35.7	10	100.0	71.4
Zogba Gaou	25	2	13.3	8.2	1	6.7	4.1	2	13.3	8.2	10	66.7	40.8	15	100.0	61.2
Lakoko	10	2	25.0	21.1	1	12.5	10.5	2	25.0	21.1	3	37.5	31.6	8	100.0	84.2
Attata	8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	6	100.0	80.0	6	100.0	80.0
Com. Ouessè	99	18	20.7	18.2	8	9.2	8.1	12	13.8	12.1	49	56.3	49.5	87	100.0	87.9
Laminou	51	17	32.7	33.7	12	23.1	23.8	12	23.1	23.8	11	21.2	21.8	52	100.0	103.0
Kpassa	29	10	27.8	34.5	6	16.7	20.7	6	16.7	20.7	14	38.9	48.3	36	100.0	124.1
Botti	24	4	19.0	17.0	1	4.8	4.3	6	28.6	25.5	10	47.6	42.6	21	100.0	89.4
Gbémé	21	4	13.8	19.0	3	10.3	14.3	7	24.1	33.3	15	51.7	71.4	29	100.0	138.1
Attannondoho	16	4	40.0	25.8	1	10.0	6.5	2	20.0	12.9	3	30.0	19.4	10	100.0	64.5
Com. Laminou	140	39	26.4	28.0	23	15.5	16.5	33	22.3	23.7	53	35.8	38.0	148	100.0	106.1
Aggl. Ouessè	231	57	24.9	24.7	31	13.5	13.4	45	19.7	19.5	96	41.9	41.6	229	100.0	99.1
Odougba	42	13	65.0	31.0	3	15.0	7.1	3	15.0	7.1	1	5.0	2.4	20	100.0	47.6
Zogba Trékou	17	1	12.5	5.9	2	25.0	11.8	0	0.0	0.0	5	62.5	29.4	8	100.0	47.1
Tchédjannagnon	13	3	42.9	24.0	1	14.3	8.0	2	28.6	16.0	1	14.3	8.0	7	100.0	56.0
Dokoundoho	14	6	50.0	42.9	1	8.3	7.1	0	0.0	0.0	5	41.7	35.7	12	100.0	85.7
N'gbéhouédo	31	7	31.8	23.0	1	4.5	3.3	5	22.7	16.4	9	40.9	29.5	22	100.0	72.1
Com. Odougba	116	30	43.5	25.9	8	11.6	6.9	10	14.5	8.6	21	30.4	18.1	69	100.0	59.5
Gbanlin	56	3	7.3	5.4	5	12.2	9.0	2	4.9	3.6	31	75.6	55.9	41	100.0	73.9
Tosso	9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	8	100.0	94.1	8	100.0	94.1
Vossa	44	4	11.4	9.2	3	8.6	6.9	6	17.1	13.8	22	62.9	50.6	35	100.0	80.5
Idadjo	18	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	18.8	16.7	13	81.3	72.2	16	100.0	88.9
Com. Gbanlin	126	7	7.0	5.6	8	8.0	6.4	11	11.0	8.8	74	74.0	59.0	100	100.0	79.7
Total	480	94	23.3	19.6	47	11.6	9.8	66	16.3	13.8	197	48.8	41.0	404	100.0	84.2

N.B. Selon le calendrier vaccinal, le vaccin Polio 0 devrait être fait à la naissance et le vaccin DTCP 3 à 4 mois.

Pour le total, le taux correspond à la proportion d'enfants ayant reçu au moins un des quatre vaccins, quel qu'il soit. Le vaccin contre la rougeole, qu'une partie de ces enfants ont aussi reçu, n'est pas étudié ici car la période d'administration n'est pas encore achevée pour tous.

Après le DTCP 2, la déperdition augmente à nouveau: 16,3 % des enfants ayant commencé la vaccination se sont arrêtés à cette étape. A nouveau la commune de Gbanlin enregistre le meilleur score (11 %) et celle de Laminou le moins bon (22,3 %). Les villages d'Attata et de Tosso n'ont toujours pas enregistré de défection.

Finalement, seule une petite moitié (48,8 %) des enfants qui ont commencé la vaccination parviennent jusqu'au DTCP 3. Si l'on extrapole la déperdition entre le DTCP 1 et le DTCP 3, on peut s'attendre à une perte supplémentaire de 12 à 16 point de pourcentage pour le statut vaccinal complet (vaccination anti-rougeoleuse), que n'atteindrait alors qu'un bon tiers des enfants ayant commencé la vaccination.

La proportion d'enfants parvenus jusqu'au DTCP 3 après avoir au moins reçu le Polio 0 varie énormément d'une commune à l'autre. Elle est en moyenne de 74 % dans la commune de Gbanlin (de 63 % à Vossa à 100 % à Tosso, à moins d'un kilomètre de là) contre seulement de 30,4 % dans celle d'Odougba (de 5 % à Odougba à 62,5 % à Zogba Trékou). Dans une position intermédiaire, les deux communes jumelles de l'agglomération de Ouessè se distinguent tout de même fortement: 56,3 % pour la commune de Ouessè contre 35,8 % pour celle de Laminou, le gros village de Laminou enregistrant le moins bon score avec 21 %. Il est intéressant de relever que la commune de Ouessè, qui dispose d'une maternité pratiquant des séances hebdomadaires de vaccination, obtient de bien meilleurs résultats que les communes de Laminou et d'Odougba, un peu plus éloignées, qui ne bénéficient que de la stratégie avancée mensuelle (à moins de se déplacer jusqu'au CSSP de Ouessè).

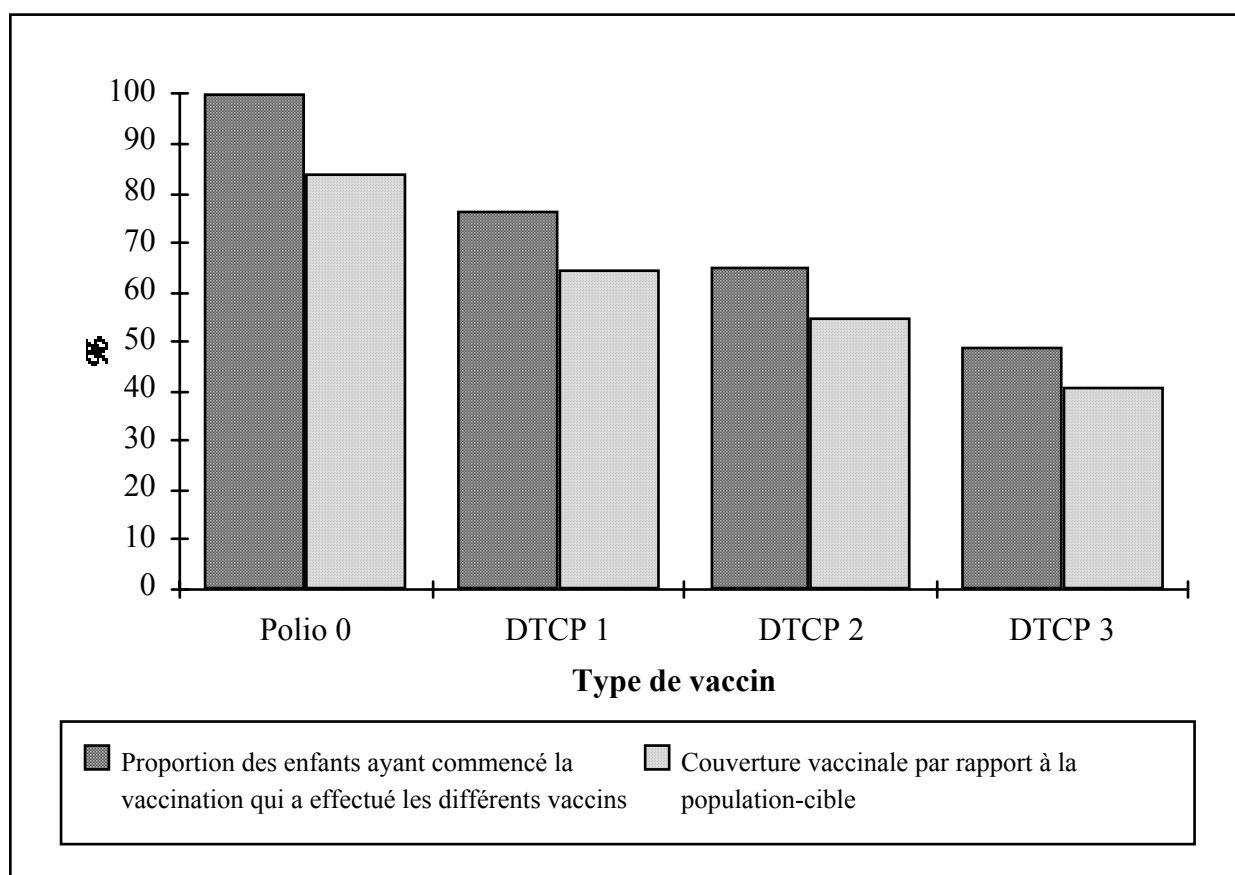


Figure 108

Couverture vaccinale des enfants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (commune de Djegbé exceptée), en 1992 (sources: cartes de vaccination du CSSP de Ouessè et du CCS de Gbanlin et recensement de la population de 1992).

L'analyse des taux de couverture vaccinale est plus significative encore que celle de la déperdition calculée à partir du nombre brut de vaccins administrés, car elle prend en compte l'ensemble de la population cible, y compris celle qui n'est jamais entrée dans le cycle vaccinal. Cette démarche est par contre plus exigeante en termes de données, puisqu'elle requiert justement la connaissance, pas toujours aisée ni précise, de cette population cible.

Pour l'ensemble des communes étudiées, le taux de couverture vaccinale est de 84,2 % pour le Polio 0, de 64,6 % pour le DTCP 1, de 54,5 % pour le DTCP 2 et de 41 % pour le DTCP 3 (cf. Figure 108). Nous sommes là nettement en dessous des valeurs moyennes annoncées pour le Bénin, sauf pour le Polio 0, qui sont respectivement de 76 %, 91 %, 86 % et 79 % pour les enfants de 0 à 11 mois en 1992 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993). L'écart important relevé entre les taux de couverture nationale (ceux du Zou sont très légèrement plus élevés) et ceux de la sous-préfecture de Ouessè provient largement de méthodes d'estimation de la couverture vaccinale différentes. Les données officielles rapportent le nombre de doses administrées durant l'année aux enfants de moins d'une année, au nombre d'enfants nés dans l'année. Cette méthode tend à surestimer la couverture vaccinale puisqu'un enfant ayant reçu plusieurs fois la même dose sera comptabilisé autant de fois. Notre méthode s'appuie sur les cartes de vaccination. Leur étude nominale à l'échelle d'une petite région permet d'éviter la plupart des enregistrements multiples. L'étude des cartes de vaccination sur six mois seulement constitue cependant une limite de notre estimation des taux de vaccination.

Selon une enquête menée en 1988 dans la sous-préfecture de Ouessè selon la méthode préconisée par le PEV (30 grappes de 7 enfants de 12 à 23 mois), la couverture vaccinale était de 90,6 % pour le BCG, de 88,2 % pour Polio 1, de 79,9 % pour Polio 2, de 73,3 % pour Polio 3, de 86,8 % pour DTC 1, de 79,2 % pour DTC 2, de 73,3 % pour DTC 3 et de 65,5 % pour la rougeole. Plus de 91 % des enfants possédaient un carnet de vaccination et 65,5 % des enfants étaient complètement vaccinés. De plus, 87 % des femmes avaient reçu le VAT 1 durant leur dernière grossesse et 70,1 % le VAT 2 (VALDEZ, 1988). Nos données, celles du Ministère de la santé et celles de Valdez ne sont pas comparables: la population cible, le lieu, l'année de référence et la méthode d'enquête sont différentes.

Relevons que la tendance à l'augmentation des taux de couverture observée au tout début des années 1990 s'est ensuite stabilisée, voire inversée pour le Bénin et probablement aussi pour la sous-préfecture de Ouessè. L'enthousiasme et l'émulation suscités par le PEV au tournant de la décennie, notamment par la fourniture de matériel aux agents (petites motos, mobylettes, réfrigérateurs, sacoches isolantes pour le transport des vaccins...) et leur motivation financière, sont en effet un peu retombés.

La couverture vaccinale est particulièrement basse dans la commune d'Odougba. Seuls 18,1 % des enfants y ont reçu le DTCP 3. A l'intérieur de cette commune, dont les cinq villages constituent une agglomération unique, deux villages pratiquent particulièrement peu la vaccination. Il s'agit d'Odougba, pour lequel le taux de couverture vaccinale est seulement de 47,6 % pour le Polio 0 (environ 70 % des femmes de cette commune accouchent en UVS voire à la maison et leurs enfants ne reçoivent donc pas ce premier vaccin à la naissance) et de 5 % pour le DTCP 3. Ces valeurs sont à peine meilleures pour Tchédjannagnon: respectivement 56 % et 8 %. L'ensemble de la commune d'Odougba, tout particulièrement ces deux villages, se caractérisent donc d'une part, par une faible entrée dans le système vaccinal (à peine 60 % des enfants attendus ont reçu au moins le Polio 0, pour l'ensemble de la commune) et, d'autre part, par une très forte déperdition tout au long du calendrier vaccinal.

La quasi totalité des femmes de l'agglomération de Ouessè accouchent à la maternité du CSSP, où les nouveau-nés reçoivent en principe le Polio 0 avant de sortir. Le taux de couverture de 99 % calculé pour ce vaccin est donc conforme à cette pratique. Ce taux est toutefois

nettement plus élevé pour la commune de Laminou (106,1 %) que pour celle de Ouessè (87,9 %). L'imprécision de l'estimation de la population cible attendue explique sans doute une partie de cette différence, comme le suggère le taux de couverture dépassant les 100 %. Par contre, la déperdition est plus importante dans la commune de Laminou que dans celle de Ouessè (le taux de couverture pour DTCP 3 y est respectivement de 38 % et 49,5 %). Avec un taux de couverture assez moyen de 79,7 % pour Polio 0, la commune de Gbanlin est celle qui aboutit finalement au taux le plus élevé pour DTCP 3 (59 %).

Il est intéressant de relever que la proportion d'enfants qui atteint un stade vaccinal donné, ici le DTCP 3, ne peut pas se déduire de celle qui commence la vaccination. Pour l'ensemble de la zone étudiée, les enfants atteignant le DTCP 3 sont 2,1 fois moins nombreux que ceux qui ont au moins reçu le Polio 0. Ce rapport va de 1,4 pour la commune de Gbanlin (peu de déperdition) à 3,3 pour celle d'Odougba (maximum de déperdition), en passant par 1,8 pour celle de Ouessè et 2,8 pour celle de Laminou. La déperdition est donc très variable et ne dépend pas du niveau initial de vaccination. Si tel était le cas, on disposerait d'un moyen simple pour prévoir le taux de couverture complète des enfants.

Lors de notre enquête domiciliaire effectuée en janvier 1995, nous avons posé une seule question sur la vaccination. Il s'agissait de voir si ce sont les mêmes femmes qui ne vaccinent pas du tout leurs enfants, qui n'effectuent pas de CPN et qui accouchent à domicile. Nous avons demandé si, après le retour de la mère et de l'enfant à la maison dans le cas où elle aurait accouché dans une maternité, la mère avait fait vacciner son enfant au moins une fois (à la maternité ou sur la place du village). Cette question concernait les enfants âgés d'au moins deux mois, nés dans l'année précédant notre passage. Nous avons estimé qu'un enfant de plus de deux mois qui n'a pas reçu de vaccin, à l'exception du Polio 0 éventuellement effectué à la maternité juste après l'accouchement, risque fort de rester hors du cycle vaccinal. A cet âge, les enfants devraient idéalement déjà recevoir leur troisième vaccin (DTCP 2).

Sur 240 enfants âgés de 2 à 12 mois lors de l'enquête, seuls 18 (7 %) n'ont reçu aucun vaccin consécutif à un acte volontaire de leur mère. A cet âge, tous les enfants de 8 des 13 villages visités sont engagés dans le cycle vaccinal "volontaire". Dans deux villages, la proportion d'enfants exclus de la vaccination est particulièrement importante: environ 4 enfants sur 10. Il s'agit de Toui PK (5 enfants non vaccinés sur 12) et de Gbaffo (3 enfants sur 8). La forte proportion d'enfants non vaccinés à Toui PK s'explique par des facteurs conjoncturels, qui ont entraîné une absence de stratégie avancée dans le village durant plusieurs mois: très grave accident de l'agent vaccinateur venant de l'hôpital Saint-Martin, mauvaise coordination entre les agents vaccinateurs de cet hôpital et ceux du CCS de Toui, décès de la matrone de Toui PK qui aidait lors de la vaccination. Ce décès explique aussi que les femmes de Toui PK accouchent maintenant le plus souvent à domicile.

Il n'y a probablement pas de réticence dans ce village à l'égard de la vaccination. Cet exemple montre bien toutefois combien la participation effective à la vaccination, à l'accouchement assisté par une spécialiste et probablement à la CPN est dépendante de l'offre locale de telles prestations. Même si les mères adhèrent à la SMI et le prouvent en fréquentant les services qui la dispensent, elles ne sont souvent pas prêtes à effectuer un déplacement de quelque importance pour continuer à la pratiquer, dès lors que l'offre locale a disparu.

Par contre, la proportion élevée d'enfants de Gbaffo non vaccinés réside bien dans une certaine inaccessibilité culturelle de la vaccination pour les *Peul*. Selon les cartes de vaccination, seuls deux enfants de Gbaffo nés entre septembre 1991 et août 1992 avaient reçu un vaccin, sur une dizaine attendus. Encore s'agissait-il du Polio 0, probablement effectué lors de l'accouchement au CSSP. Loin d'être optimale, la situation en 1995 est donc nettement meilleure. Il faut sans doute y voir le fruit des séances de vaccination organisées depuis peu

directement dans les hameaux de Gbaffo, suite au constat, bien tardif, de la faible couverture vaccinale des *Peul*. Nous manquons de recul pour apprécier pleinement l'effet de cette nette amélioration de l'offre vaccinale pour les *Peul*.

Il semble bien que la différence ethnique ne joue qu'un rôle indirect dans le bas taux de couverture vaccinal des *Peul*. Il n'y a probablement pas de réticence des *Peul* contre le principe même de la vaccination (le leur a-t-on d'ailleurs expliqué?), mais un désir de se tenir à l'écart du CSSP, qu'ils fréquentent peu pour les soins curatifs et encore moins pour les consultations post-natales durant lesquelles se déroule la vaccination au CSSP. Les mères *peul* ne se rendaient pas davantage à la stratégie avancée organisée mensuellement à Kpassa, leur village officiel de rattachement, dans la commune de Laminou. L'annonce de la séance de vaccination ne parvenait pas jusqu'à Gbaffo. Nous avons en effet vu que le délégué de Kpassa oubliait parfois de faire "gongonner" dans le village même et donc à plus forte raison dans ses hameaux *peul*. Avec son mégaphone, l'agent vaccinateur n'allait pas non plus aussi loin du centre du village. Les *Peul* étaient donc pour ainsi dire officiellement oubliés et par les autorités locales autochtones, et par les agents de santé. Auraient-ils d'ailleurs été invités aux séances de Kpassa qu'ils ne seraient probablement pas venus. Se mélanger à une foule de femmes jacassantes d'une autre ethnie, qui plus est sur la place du village de ces dernières, leur répugne. Les *Peul* sont toujours fort discrets et ne se mêlent guère à la population autochtone. Même le marché hebdomadaire de Ouessè est visité avec discrétion et parcimonie. De plus, très peu d'enfants *peul* fréquentent l'école primaire, pourtant proche de leurs hameaux.

A Idadjo, 6 enfants sur 34 (18 %) n'étaient pas du tout vaccinés selon notre enquête domiciliaire. Ce mauvais résultat est probablement à mettre sur le compte de l'interruption saisonnière de la vaccination. La crue de la Beffa interdit en effet l'accès à moto du village de juillet à novembre. Comme notre passage à Idadjo date du 13 janvier, il n'y a eu qu'une ou deux séances de vaccination après l'interruption. Or, il n'est pas rare que, pour diverses raisons non liées à un refus de la vaccination, une mère manque une ou deux séances. L'interruption saisonnière de vaccination entraîne du retard sur le calendrier vaccinal, mais ne provoque probablement pas de sortie prématurée du cycle vaccinal. Comme nous l'avons vu, les enfants d'Idadjo étaient en 1992 parmi ceux qui obtenaient le meilleur taux de DTCP 3 de tous l'Ouest de la sous-préfecture de Ouessè. De plus, cet assez mauvais résultat de 1995 pour la vaccination, conjoncturel semble-t-il, n'implique pas du tout que les femmes d'Idadjo délaissent les activités de SMI: toutes ont accouché à l'UVS et y ont au moins suivi une CPN, même celles qui n'ont pas (encore) fait vacciner leur enfant.

Nous retrouvons là une situation similaire à celle de Toui PK et à la plupart des villages de la sous-préfecture: les activités de SMI sont bien suivies tant qu'elles sont dispensées localement. Si, pour une raison ou une autre, ces activités ne sont pas ou plus proposées dans le village même, la participation des femmes s'effondre, même si elles y étaient habituées depuis des années. Ce constat met en évidence le bien-fondé d'une politique de vaccination basée sur la stratégie avancée de même que celle d'accouchement en UVS, pour les localités sans maternité. Des efforts doivent être poursuivis dans ces deux directions, au moins pour maintenir les acquis, remarquables dans la sous-préfecture de Ouessè pour la SMI. L'avenir des UVS nous semble toutefois actuellement hypothéqué.

A Kilibo, 3 enfants sur 22 n'étaient pas vaccinés (14 %). La maternité du CCS y pratique pourtant des séances de vaccination hebdomadaires. Il se peut qu'il s'agisse de simples retards et que ces enfants finiront tout de même par recevoir au moins quelques doses. Ces trois femmes avaient accouché à la maternité et au moins deux d'entre elles (pas d'information pour la dernière) avaient suivi la CPN. Il ne s'agit donc en tous cas pas de femmes réfractaires à la SMI en général. Cela pourrait par contre être le cas de la femme d'Attannondoho qui n'a pas fait

vacciner son enfant (pour 15 vaccinés dans le village), qui a accouché à domicile en invoquant la surprise, qui n'a pas inscrit son enfant au suivi de croissance du centre social et qui n'a suivi qu'une seule CPN.

Nous venons de voir qu'en 1992 une forte proportion d'enfants sont mal vaccinés: ils quittent prématurément le système de vaccination ou, pire, n'y entrent jamais. Encore faut-il vérifier si les enfants vaccinés au moins une fois l'ont été au bon moment, selon le calendrier vaccinal recommandé. Un retard dans la vaccination ouvre des fenêtres de vulnérabilité entre la période pendant laquelle l'enfant est encore protégé par les anticorps de sa mère et le moment où le vaccin prend le relais. Une vaccination anarchique peut aussi diminuer l'efficacité globale d'un vaccin à doses multiples. Le respect du calendrier vaccinal est aussi une mesure de l'importance accordée par les parents à la vaccination. La compliance doit être d'autant plus élevée que la vaccination est valorisée.

Pour qu'il y ait compliance, encore faut-il que les mères soient précisément informées de la prochaine échéance vaccinale pour leurs enfants et que la séance de vaccination soit annoncée la veille dans le village. Les retards ne sont en effet pas seulement imputables aux parents, à la mère en particulier. Ils découlent aussi d'un système d'information souvent défaillant entre les agents de santé et les mères, entre les autorités villageoises et la population et, peut-être, entre les agents de santé et ces autorités (Belcher, Nicholas, Ofosu-Amaah [*et al.*], 1978). Inutile de vouloir rameuter les femmes à la dernière minute, alors qu'elles sont déjà parties aux champs ou au marché! Nous verrons plus loin (cf. partie V, chap. 2b) que la plupart des parents ne savent pas contre quelles maladies la vaccination protège, ni même parfois que l'action de la vaccination est préventive. Il est alors bien clair que les mères ne connaissent pas le calendrier vaccinal idéal. C'est donc aux agents de santé de préciser, lors de chaque séance de vaccination et à chaque femme, quant elles doivent revenir avec l'enfant ou si elles ont achevé son cycle vaccinal.

Nous n'avons pas vraiment observé si tel est bien le cas, les échanges s'effectuant en langue vernaculaire. La présence d'un enquêteur, surtout s'il montre un intérêt trop appuyé pour certaines interactions, en les faisant traduire par exemple, risque d'ailleurs fort de modifier le comportement des agents de santé. A une question précise sur le sujet, il est peu probable qu'ils avouent mal faire leur travail, le cas échéant. Le moyen le plus fiable de connaître quelles sont les informations transmises, sous quelle forme, par qui, à quel moment et avec quel degré de compréhension serait de mener une enquête spécifique chez les récepteurs potentiels de cette information, plutôt que chez ceux qui la transmettent ou devraient la transmettre. Une telle enquête était hors de notre propos.

Pour terminer avec la diffusion de l'information, point capital s'il en est pour une activité telle que la vaccination requérant l'adhésion de la population, signalons une opportunité extraordinaire depuis peu à disposition des autorités sanitaires locales: un projet pilote de radio locale rurale, basé à Ouessè et couvrant largement toute la sous-préfecture. Ouessè a eu la chance d'être choisie comme l'une des trois sous-préfectures rurales du Bénin bénéficiaires de ce projet pilote, qui pourrait s'étendre dans un deuxième temps à de nombreuses autres sous-préfectures. Cette radio locale constitue, entre autres, un formidable outil de promotion de la santé... pour peu que les autorités sanitaires de la sous-préfecture se donnent la peine de l'utiliser.

Pour la vaccination, la radio permettrait d'une part de fournir une information générale sur ce qu'est la vaccination, ses principes, son utilité, ses éventuels effets secondaires (qui effraient certaines mères non averties et les détournent ensuite de la vaccination), sa gratuité, sa périodicité... Elle donnerait, d'autre part, des renseignements plus spécifiques sur le lieu et la date des prochaines séances de vaccination (ce qui ne devrait pas dispenser les délégués de faire

“gongonner” la veille dans le village). Matin et soir, des plages horaires sont réservées dans le programme pour de tels messages, à destination de particuliers, de collectivités ou de communautés. Ils peuvent être transmis en *mahi* ou en *nagot*, selon les villages auxquels ils sont destinés. En plus des contacts systématiques sur le terrain, nous avons massivement utilisé de tels messages pour annoncer notre enquête domiciliaire. Il suffit d’apporter la veille un message écrit à la radio, qui, au besoin, le traduit directement au micro, d’indiquer quand, combien de fois et dans quelle(s) langue(s) on souhaite qu’il soit diffusé... et de payer¹.

L’analyse des retards de vaccination est effectuée sur une base plus large que celle du taux de couverture. Nous avons en effet étudié tous les vaccins (863), y compris ceux du rouvax, reçus par les enfants des communes de Ouessè, Laminou, Odougba et Gbanlin, qui ont commencé la vaccination entre début septembre 1991 et fin août 1992. Nous avons considéré qu’un enfant est en retard par rapport au calendrier vaccinal officiel si au moins un des vaccins a été reçu plus d’un mois après le moment idéal. Cette définition du retard tolère donc une certaine marge de manoeuvre: si un enfant manque la séance de vaccination mensuelle à laquelle il aurait dû participer selon le calendrier officiel, mais qu’il la rattrape lors de la prochaine séance, il n’est juste pas considéré comme en retard. Il faut de plus bien garder à l’esprit que l’on étudie ici uniquement le retard pour les vaccinations effectuées, et non pas l’absence de toute vaccination ou la sortie précoce du cursus vaccinal.

Selon le Tableau 83, une bonne moitié des enfants (53,1 %) ayant reçu au moins un vaccin ont pris du retard sur le calendrier vaccinal officiel. Cet indicateur vaccinal est le pire pour la commune d’Odougba (64,7 % de retard), qui cumule encore le taux de vaccination le plus bas², quel que soit le vaccin, et la déperdition la plus élevée. La situation dans la commune de Laminou n’est guère meilleure (60,2 %), alors que les communes de Gbanlin et de Ouessè enregistrent nettement moins d’enfants avec du retard (45,9 % et 41,5 %). C’est donc Ouessè, unique commune proposant une séance hebdomadaire de vaccination (sauf pour Attata), qui obtient significativement le moins de retard ($p = 0,014$). Globalement, toutes ces valeurs sont nettement trop élevées, surtout si l’on garde à l’esprit la définition peu restrictive du retard utilisée ici.

Tableau 83 Proportion d’enfants en retard (Ret.)* sur le calendrier vaccinal idéal, selon le dernier vaccin reçu et la commune, en 1992 (source: cartes de vaccination du CSSP de Ouessè et du CCS de Gbanlin).

	Polio 0			DTCP 1			DTCP 2			DTCP 3			Rouvax			Total		
	N	Ret.	%	N	Ret.	%	N	Ret.	%	N	Ret.	%	N	Ret.	%	N	Ret.	%
Com. Ouessè	60	28	46.7	29	11	37.9	26	16	61.5	65	20	30.8	27	11	40.7	207	86	41.5
Com. Laminou	112	64	57.1	61	45	73.8	52	39	75.0	75	31	41.3	14	10	71.4	311	189	60.2
Aggl. Ouessè	171	92	53.8	89	56	62.9	75	52	69.3	132	51	38.6	39	21	53.8	506	272	53.8
Com. Odougba	65	30	46.2	23	19	82.6	14	14	100.0	25	19	76.0	12	8	66.7	138	90	64.7
Com. Gbanlin	28	13	46.4	36	23	63.9	30	22	73.3	91	23	25.3	22	14	63.6	207	95	45.9

¹ Le salaire des animateurs relève en effet de l’autofinancement, dont les messages et avis mortuaires assurent l’essentiel, la publicité commerciale étant encore inconnue. Il est probable que des messages officiels émanant des services sanitaires puissent bénéficier de la gratuité ou au moins d’un prix préférentiel. Matière rédactionnelle, l’information plus générale sur la vaccination devrait très probablement être diffusée gratuitement.

² Selon l’infirmier qui vaccine dans cette commune, la couverture vaccinale y est un peu sous-évaluée. Il se rend en effet séparément dans chacun des cinq villages constituant l’agglomération d’Odougba, en n’emportant que les cartes de vaccination relatives au village visité. Or des femmes d’autres villages viennent aussi parfois, et il ne peut pas les enregistrer.

Total	265 135 50.9	149 98 65.8	122 91 74.6	256 93 36.3	75 43 57.3	863 460 53.1

* Plus d'un mois de retard pour au moins un des vaccins effectués jusque là.

Plus de la moitié des enfants qui n'ont reçu que le Polio 0 l'ont eu avec du retard. Celui-ci est particulièrement fréquent dans la commune de Laminou (57,1 %). Or ce vaccin doit être administré quelques jours après la naissance, si possible avant la sortie de la maternité. En cas de naissance dans une UVS ou à domicile, la mère devrait donc amener l'enfant à la première séance hebdomadaire de la maternité ou à la première séance mensuelle de stratégie avancée. On constate pourtant que presque deux mois après la naissance, la moitié des enfants qui recevront le Polio 0 ne sont toujours pas vaccinés. Cela signifie que beaucoup de mères, qui vaccinent pourtant leurs enfants, ne sont pas pressées de commencer le cycle vaccinal.

Plus le nombre de vaccins reçus augmente (de Polio 0 à DTCP 2), plus la proportion d'enfants en retard s'accroît. Le retard touche environ deux tiers des enfants ayant reçu au plus le DTCP 1 et trois-quarts de ceux ayant au mieux atteint le DTCP 2. Pour ces derniers, la proportion des retards est même de 100 % dans la commune d'Odougba. Cette augmentation de la proportion des retards paraît logique: toutes choses égales par ailleurs il y a plus de chances d'être en retard au moins pour un vaccin si l'on en a reçu trois qu'un seul.

Par contre, les enfants persévérants – ou plutôt leurs parents –, qui ont au moins atteint le DTCP 3 sont en moyenne assez peu en retard (36,3 %), sauf dans la commune d'Odougba (76 %). Aurait-on affaire ici à une population présentant globalement une attitude face à la vaccination différente de celle qui tendent à abandonner la vaccination plus rapidement? La constance dans le désir de vacciner les enfants dont font preuve ces ménages indique une bonne adhésion au projet vaccinal. Il en découlerait non seulement un cycle vaccinal plus complet, mais encore plus continu. La commune de Gbanlin, qui enregistrait déjà une faible déperdition, se caractérise aussi par un taux de retard particulièrement bas (25,3 %) pour les enfants ayant atteint le DTCP 3. Au contraire, ceux qui se contentent d'une ou deux vaccinations pratiquent peut-être davantage ce mode de prévention par conformisme, pour répondre à une certaine pression sociale et médicale, sans pour autant comprendre les principes et surtout les exigences de la vaccination.

Mais le taux de retard (57,3 %) augmente à nouveau avec les enfants complètement vaccinés, c'est-à-dire ayant effectué le rouvax. Il s'agit pourtant d'une minorité d'enfants, peut-être un tiers, dont les parents accordent le plus d'importance à la vaccination, si l'on en croit leur ténacité qui constitue en quelque sorte une preuve par l'acte de leur intérêt. Mais le long intervalle dans le calendrier vaccinal entre le DTCP 3 et le rouvax, 4 à 5 mois, allié à une certaine souplesse dans l'âge d'administration du rouvax (en principe dès 9 mois, mais en tous cas avant un an), expliquent sans doute ce retard fréquent dans l'injection du dernier vaccin, même au sein des ménages motivés.

En utilisant le même échantillon d'enfants, nous allons encore vérifier si les garçons ne bénéficient pas de la part de leurs parents d'un traitement préférentiel pour la vaccination. Le sexe des enfants a été déduit des prénoms. Nous avons dû écarter 135 enfants de notre échantillon (15,2 %) car le sexe ne nous était pas explicite à partir des prénoms, malgré l'aide d'agents de santé.

Comme l'indique le Tableau 84, autant de filles que de garçons reçoivent au moins un vaccin. Si l'on rapporte ces enfants vaccinés au nombre d'enfants attendus, la couverture vaccinale ne diffère pas davantage en fonction du sexe (77,2 % pour les garçons et 79,3 % pour les filles, différence non significative). On observe toutefois des différences de couverture selon le sexe à l'intérieur de chaque commune. Mais elles sont toujours très loin d'être statistiquement significatives selon le test du χ^2 .

Il n'existe pas davantage de différence statistiquement significative entre les garçons et les filles selon le type du dernier vaccin reçu. La proportion des retards, tous vaccins confondus, est de plus parfaitement identique pour les deux sexes.

En définitive, le sexe ne joue absolument aucun rôle dans le statut vaccinal des enfants de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Il s'agit là d'une conclusion importante... et réjouissante tant il est vrai que la survalorisation, réelle ou supposée, des garçons en Afrique (mais aussi ailleurs!) soulève communément des inquiétudes sur l'accès des filles à la prévention et aux soins.

Tableau 84 Proportion de garçons et de filles ayant reçu au moins un vaccin par rapport au total et à la population cible selon la commune, en 1992 (source: cartes de vaccination du CSSP de Ouessè et du CCS de Gbanlin et recensement de la population de 1992).

	Garçons			Filles			Total
	N	%	Tx %	N	%	Tx %	N
Commune de Ouessè	94	50.8	87.0	91	49.2	101.1	185
Commune de Laminou	131	48.0	94.2	142	52.0	101.4	273
Agglomération de Ouessè	220	49.4	91.7	225	50.6	100.9	445
Commune de Odougba	53	46.9	47.7	60	53.1	49.6	113
Commune de Gbanlin	97	53.9	75.8	83	46.1	67.5	180
Total	375	49.9	77.2	376	50.1	79.3	751

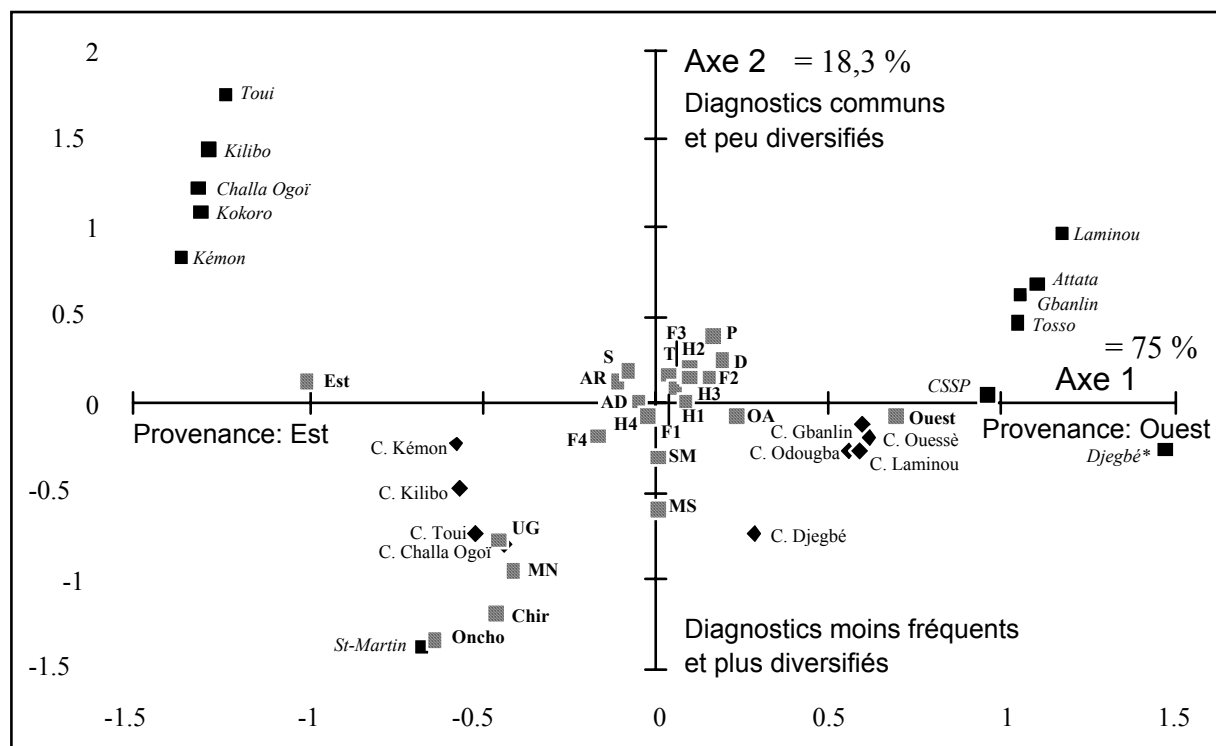
g) Synthèse: qui utilise quel service de santé et pour quoi?

Après cette longue analyse de l'espace médical de chaque service de santé moderne et des variations de celui-ci en fonction de facteurs tels que le sexe, l'âge, le diagnostic, il est temps de dégager, au moyen d'une analyse multivariée, le profil type des utilisateurs de chaque service de santé moderne. Nous avons déjà tenté de définir un tel profil, mais au moyen d'une analyse univariée s'appuyant sur les pourcentages de chaque catégorie d'utilisateurs dans chaque service de santé (RICHARD, 1995). Ces résultats préliminaires décrivaient la situations de 1992 et 1993. Nous nous appuyons ici sur les données de 1994, peu différentes quant à leur structure de celles de 1992 et 1993. De plus, nous nous limiterons aux soins curatifs ambulatoires, les plus riches par la diversité de l'offre et des utilisateurs potentiels.

Si la question du "qui?" se pose d'abord en termes de sexe, d'âge et de provenance, elle se pose aussi en termes de concentration de la demande, que masquent aussi bien les chiffres bruts que les taux d'utilisation. Par exemple, lorsque l'on sait qu'un service de santé a enregistré 50 nouvelles consultations émanant d'un certain village, soit un taux d'utilisation de 10 %, on ignore encore s'il s'agit de 50 personnes différentes ou de 50 fois la même personne, avec bien sûr toutes les combinaisons possibles entre ces deux extrêmes peu réalistes. En d'autres termes, s'il est important de connaître le taux d'utilisation d'un service de santé par les habitants d'un village, il est tout aussi capital de connaître la répartition de cette utilisation entre les malades. Un taux d'utilisation annuel de 40 %, par exemple, ne signifie en effet pas forcément que 60 % de la population n'a pas du tout utilisé le service durant l'année. Cette proportion est sans doute bien supérieure. Il s'agira donc d'estimer la proportion de la population qui est concernée par les services de santé formels.

Profil des utilisateurs des services de santé modernes pour les soins curatifs ambulatoires

Afin de mettre en évidence le profil général des utilisateurs des différents services de santé, nous avons effectué une analyse factorielle au moyen du programme CANOCO (TER BRAAK, 1988). Les variables retenues sont la provenance, qui distingue simplement l'est de l'ouest de la sous-préfecture, le sexe couplé avec l'âge et le diagnostic. La provenance par commune des patients a seulement été intégrée sur le graphique comme variable passive, c'est-à-dire qu'elle n'influence pas la position des autres variables ni des services de santé (cf. Figure 109). La position de chaque variable et des services de santé sur le diagramme factoriel s'interprète en fonction de la proximité: plus une variable est proche d'un service de santé et plus les patients possédant cette caractéristique sont nombreux dans celui-ci. En outre, plus une variable est éloignée de l'origine et plus elle discrimine fortement les services de santé. Il découle de ces deux principes que deux variables très proches sur le diagramme sont principalement partagées par le même (ou le même groupe de) service(s) de santé.



Légende:

P = paludisme, AR = affections de l'appareil respiratoire, AD = affections de l'appareil digestif, S = affections des sens, UG = affections uro-génitales, T = traumatismes, OM = affections ostéo-musculaires, MN = malnutrition, MS = morsures de serpents, D = dermatoses, oncho = onchocercose, Chir = chirurgie, SM = sans mention de diagnostic, affections mal définies et autres diagnostics.

H1 = garçons de moins d'un an, H2 = garçons de 1 à 4 ans, H3 = garçons de 5 à 14 ans, H4 = hommes de 15 ans et plus, F1 = filles de moins d'un an, F2 = filles de 1 à 4 ans, F3 = filles de 5 à 14 ans, F4 = femmes de 15 ans et plus.

- Services de santé
- Caractéristiques des patients
- ◆ Communes de provenance des patients (facteurs passifs)
- * La position du CCS de Djegbé ne peut pas être interprétée car les diagnostics, inconnus, n'ont pas été intégrés dans le calcul.

Figure 109 Distribution des services de santé et des caractéristiques des patients en fonction des deux premiers axes factoriels pour l'année 1994 (les provenances par commune ont été rajoutées a posteriori, comme variables passives).

La provenance des patients – Est ou Ouest – constitue sans surprise le facteur qui caractérise le mieux les différents services de santé de la sous-préfecture. Le premier axe factoriel, qui représente 75 % de la variance totale de la distribution, s'interprète en effet essentiellement en termes de provenance. Aux services de santé localisés à l'Est, qui reçoivent exclusivement des patients de l'Est à l'exception de l'hôpital Saint-Martin, s'opposent clairement les services de l'Ouest, traitant uniquement, hormis le CSSP, des patients de l'Ouest. De tous les services de santé, l'hôpital Saint-Martin est le plus proche de l'origine, selon le premier axe, tout en étant nettement situé à gauche de celle-ci. Cela s'explique par le fait que, parmi sa clientèle issue de la sous-préfecture de Ouessè, cet établissement tire la majorité de ses patients de l'Est, avec une large minorité provenant de l'Ouest. Par rapport aux autres services de santé de l'Ouest, le CSSP est également plus proche de l'origine, selon le premier axe. Toutefois, cette proximité est moindre que celle de l'hôpital Saint-Martin. Cela indique que le CSSP puise aussi une partie de sa clientèle dans l'autre moitié de la sous-préfecture, mais que cette proportion est plus faible que celle relevée à l'hôpital confessionnel.

Le deuxième axe factoriel, qui représente 18,3 % de la variance, s'interprète en fonction de la nature et de la fréquence des diagnostics. Au dessus de l'origine, nous trouvons les services de santé qui diagnostiquent essentiellement quelques pathologies communes: paludisme, traumatismes divers, dermatoses (y compris les plaies infectées), affections des sens et affections de l'appareil respiratoire. A l'opposé, nous retrouvons le seul hôpital Saint-Martin, qui se caractérise par des diagnostics spécifiques ou presque (onchocercose, chirurgie), ou par des diagnostics proportionnellement beaucoup plus fréquents que dans les autres services de santé (malnutrition, affections uro-génitales, morsures de serpents et sans mention de diagnostic, y compris autres diagnostics et affections mal définies). Presque sur l'origine, les affections de l'appareil digestif et les affections ostéo-musculaires sont assez équitablement réparties entre les différents services de santé. Elles ne contribuent donc guère à les discriminer. En d'autres termes, le deuxième axe mesure essentiellement le niveau hiérarchique des services de santé. En effet, des affections diversifiées ou spécifiques indiquent une capacité à la fois de diagnostic, de prise en charge et d'attraction supérieure à celle d'un service de santé identifiant toujours les mêmes pathologies.

L'hôpital Saint-Martin s'oppose sur le deuxième axe factoriel à tous les autres services de santé modernes desservant la sous-préfecture. Le CSSP de Ouessè se détache toutefois partiellement de ces derniers et se rapproche un peu de l'hôpital Saint-Martin. Selon cet axe, le profil des patients du CSSP tend donc à constituer un moyen terme entre celui des CCS, UVS et poste de secours, d'une part, et celui de l'hôpital Saint-Martin, d'autre part, tout en restant plus proche des premiers que du second.

Toutefois, lorsque l'on refait une analyse factorielle sans inclure la provenance comme variable (figure non fournie), c'est le premier axe qui s'interprète alors en termes de niveau hiérarchique des services de santé. Dans ce cas, l'ordre des diagnostics sur le premier axe reste le même que sur le deuxième axe de la Figure 109. Par contre, si l'on retrouve une opposition radicale entre l'hôpital Saint-Martin et tous les autres services de santé sur cet axe, l'ordre de ces

derniers y est un peu modifié. Ainsi, le poste de secours de Laminou et l'UVS d'Attata, qui offrent la palette la plus étroite de diagnostics se retrouvent ensemble au bas de l'échelle hiérarchique. Tous les services de santé étatiques suivent en ordre dispersé. L'essentiel est de constater que le CSSP de Ouessè ne se détache alors plus des CCS. Le dispensaire de Kokoro et surtout le CCS de Kémon ressemblent même un peu plus que le CSSP à l'hôpital Saint-Martin par les diagnostics, le sexe et l'âge des patients. Une nouvelle analyse qui ne prendrait en compte que les diagnostics ne changerait presque rien aux résultats, tant il est vrai que le sexe et l'âge contribuent bien moins que les diagnostics (et moins encore que la provenance) à différencier le profil des utilisateurs des différents services de santé. Le CSSP de Ouessè ne tend donc à constituer un niveau hiérarchique intermédiaire entre les CCS et l'hôpital Saint-Martin que lorsque l'on prend en compte l'ensemble des caractéristiques des patients: provenance, sexe, âge et diagnostic. Comme nous le confirmerons plus loin au moyen d'une analyse détaillée des diagnostics (cf. partie V, chap. 3b), la structure de ces derniers ne distingue guère le CSSP des CCS.

Si l'hôpital Saint-Martin se caractérise par une position forte pour certaines pathologies, il tend également à attirer davantage d'adultes, surtout de femmes, que les autres services. Mais cette tendance est faible (les points F4 et surtout H4 sont proches de l'origine des axes du diagramme). Ce constat n'est guère étonnant dans la mesure où plusieurs des pathologies pour lesquelles cet hôpital est dominant sont presque exclusivement liées aux adultes: onchocercose, chirurgie, affections de l'appareil uro-génital et morsures de serpents. A l'inverse, les enfants, toutes catégories d'âge et de sexe confondues caractérisent les services de santé publics et le poste de secours privé, mais là encore faiblement. Nous avons vu plus haut que ce clivage selon l'âge était plus marqué en 1992 et qu'il s'est partiellement et progressivement résorbé avec l'augmentation de la proportion d'enfants parmi les patients de l'hôpital Saint-Martin.

Les utilisateurs des services de santé: toujours les mêmes?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de construire des indicateurs d'utilisation ne partant plus du nombre de nouvelles consultations (NC), mais du nombre de patients différents. Ces indicateurs peuvent être le nombre d'épisodes de maladie par patient différent ou la proportion de la population qui a utilisé un service de santé particulier ou l'un quelconque des services à disposition, au moins une fois dans l'année ou encore précisément pour un, deux, trois... épisodes de maladie. En soi, ce calcul n'est pas difficile, mais la nature des sources à disposition le rend extrêmement long et fastidieux. C'est pourquoi de tels indicateurs ne sont jamais calculés. Nous n'avons en effet trouvé aucun article ou rapport qui les mentionne, alors qu'ils apportent une information complémentaire aux taux d'utilisation classiques: la structure d'utilisation au sein d'une population.

Le noeud du problème pour construire de tels indicateurs, c'est qu'ils nécessitent de pouvoir individualiser chaque patient, afin de déterminer s'il a effectué précisément une, deux, trois... nouvelles consultations¹ durant l'année. Cette identification doit de plus être possible dans chacun des services de santé utilisés par une population, si l'on veut calculer la proportion globale de nouveaux cas par patient. Le seul moyen d'y parvenir est de constituer une base de données nominative de toutes les nouvelles consultations réalisées dans la région étudiée. Ce relevé doit s'effectuer sur une période assez longue – nous avons retenu une année – et être

¹ Rappelons qu'une nouvelle consultation ou un nouveau cas (NC) correspond à une visite dans un service de santé donné, pour autant qu'elle ne résulte pas du même épisode de maladie qu'une visite antérieure dans ce service. Il s'agirait alors d'un ancien cas. Une personne qui, pour le même épisode, effectue deux consultations dans deux services de santé différents est considérée comme deux nouveaux cas (sauf si elle a été référée, du moins en principe). Pour l'hôpital Saint-Martin, nous n'avons pas pu différencier les nouveaux des anciens cas. Pour cet établissement, les chiffres fournis sont donc le nombre de consultations, anciens et nouveaux cas confondus.

exhaustif sur cette période. Avant d'être utilisable, cette base de données doit encore être corrigée manuellement. Il n'est en effet pas rare que la même personne apparaisse sous des orthographes un peu différentes, qui résultent de la méconnaissance des noms locaux par les agents de santé et d'erreurs de transcription de notre part lors de la recopie des registres dans un carnet de notes, puis dans la base de données¹, sans parler d'erreurs de lecture dues à notre ignorance des noms et prénoms locaux.

Pour effectuer ce nettoyage de données, nous avons imprimé une liste de toutes ces consultations classées par nom, prénom, sexe, catégorie d'âge et provenance. Cela nous a permis à la fois une première correction "à l'oeil" de noms mal transcrits, dans la mesure où la même personne ou du moins les mêmes noms de famille apparaissaient plusieurs fois, dont l'un ou l'autre mal orthographié, et de combler certaines rubriques lacunaires comme l'âge ou la provenance lorsqu'une personne avait été enregistrée avec plus de soins à une autre occasion où dans un autre service de santé. Cela nous a permis de vérifier la provenance des patients des deux services de santé privés, qui n'enregistrent pas le domicile de leurs patients. Mais cela n'a été possible que pour la partie des patients qui ont aussi visité la même année un autre service de santé enregistrant la provenance. Après l'entrée de ces corrections dans la base de données, nous avons imprimé une seconde liste des consultations, classées cette fois tout d'abord selon le prénom, puis le nom, le sexe, l'âge et la provenance des patients, qui a débouché sur une deuxième correction. Ces longues et fastidieuses corrections, qui s'apparentent parfois à une enquête policière, sont absolument indispensables. Bien qu'elles comportent parfois une petite part d'arbitraire et que le résultat final ne soit sans doute pas fiable à 100 %, elles évitent de considérer une seule personne comme deux individus distincts (une seule lettre différente dans le nom ou le prénom suffit!), voire plus encore.

Notre base de données informatisée contient toutes les nouvelles consultations effectuées en 1992² par les habitants de l'Ouest de la sous-préfecture de Ouessè dans l'ensemble des services de santé modernes les desservant, le CCS de Djegbé, très peu actif, excepté (CSSP de Ouessè, dispensaire de Tosso, hôpital Saint-Martin de Papané, clinique privée de Laminou, cabinet de soins infirmiers de Botti et UVS d'Attata). Cela représente 9'947 nouvelles consultations (y compris les anciennes consultations pour l'hôpital Saint-Martin).

Comme l'indique le Tableau 85, ces 9'947 nouvelles consultations ont impliqué 7'629 personnes différentes. Le nombre de nouvelles consultations d'une personne qui a consulté au moins une fois un service de santé moderne durant l'année 1992 s'élève donc à 1,30. Cette moyenne ne varie presque pas en fonction du sexe (différence statistiquement non significative selon le test du χ^2). Par contre, le nombre de nouvelles consultations par patient varie légèrement selon l'âge ($p = 0,023$). Il est maximal pour les enfants de moins d'un an et de 1 à 4 ans (respectivement 1,36 et 1,37 NC par patient) et minimal pour les enfants de 5 à 14 ans (1,18 NC par patient). Les adultes se situent exactement sur la moyenne (1,30 NC par patient).

Si le taux global d'utilisation des services de santé modernes par les habitants de l'Ouest se situe autour des 38 % en 1992, il est à relever que seuls 29 % d'entre eux ont recouru à un service de santé cette année. Le sexe n'influence pas le taux global d'utilisation, qu'il soit calculé à partir des nouvelles consultations ou des patients différents. Par contre, ces deux taux sont influencés par l'âge. Ils sont maximaux pour les enfants de moins d'un an et diminuent ensuite rapidement, avant d'augmenter à nouveau à l'âge adulte. L'importante chute des taux d'utilisation après l'âge d'un an, indicateur de moindres besoins en soins de santé, n'entraîne pourtant pas, jusqu'à l'âge de cinq ans, de diminution du nombre de nouvelles consultations par patient (parmi les utilisateurs). Ce n'est qu'avec les enfants de 5 à 14 ans que la forte baisse des

¹ Nous avons parfois pu utiliser une photocopieuse pour nous économiser l'étape de la copie dans des carnets.

² Plus précisément du premier octobre 1991 au 30 septembre 1992.

taux d'utilisation s'accompagne également d'une diminution du nombre de nouvelles consultations par patient. Pour les adultes, ces trois indicateurs augmentent ensuite simultanément. Le nombre de nouvelles consultations par patient semble donc indépendant du niveau d'utilisation chez les enfants de moins de cinq ans, alors qu'elle est influencée par lui pour les personnes de plus de cinq ans. Le cas extrême est alors constitué par les enfants de 5 à 14 ans. Ils enregistrent un taux global d'utilisation très faible (15,6 %) et très peu de patients de cet âge enregistrent plus d'une nouvelle consultation par an.

Comme nous le suggère le faible nombre global de nouvelles consultations par patient (1,30), la plupart des patients se sont contentés d'un seul recours dans un service de santé moderne durant l'année 1992. Non seulement les recours multiples sont rares, mais ils le sont d'autant plus que le nombre de nouvelles consultations considéré est élevé. Ainsi, parmi les 29,2 personnes (différentes) sur 100 qui ont utilisé un service de santé moderne, 23,5 (80 %) n'ont effectué qu'une seule nouvelle consultation, 3,9 (13 %) exactement deux nouvelles consultations, 1,1 (4 %) trois nouvelles consultations, 0,5 quatre nouvelles consultations et 0,2 plus de quatre. La structure des nouvelles consultations n'est pas influencée par le sexe. Tout au plus relève-t-on que les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes à avoir effectué exactement deux nouvelles consultations ($p = 0,021$). De plus, quel que soit le nombre de nouvelles consultations considéré, l'ordre des quatre classes d'âge est toujours le même en termes de taux d'utilisation: ces derniers décroissent fortement des enfants de moins d'un an aux enfants de 5 à 14 ans, puis augmentent pour les adultes, atteignant pour ceux-ci un taux similaire à celui des enfants de 1 à 4 ans. Ainsi, presque tous les enfants de moins d'un an (98 %) ont effectué au moins une nouvelle consultation durant l'année dans un service de santé moderne (environ 75 % exactement 1, 15 % exactement 2, 5 % exactement 3 et 3 % 4 et plus. A l'inverse, seuls 13 % des enfants de 5 à 14 ans ont effectué au moins une nouvelle consultation et à peine 2 % 2 nouvelles consultations ou plus. Un bon tiers de tous les enfants de 1 à 4 ans et un petit tiers des adultes ont effectué au moins une nouvelle consultation durant l'année.

Tableau 85 Nombre de patients différents de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè ayant effectué précisément 1, 2, 3... nouvelles consultations (NC) selon le sexe et l'âge dans l'ensemble des services de santé modernes desservant l'Ouest (CCS de Djegbé excepté) en 1992; taux d'utilisation par patient pour précisément 1, 2, 3... NC, taux d'utilisation global par patient et taux d'utilisation par NC (sources: relevés nominaux dans les registres de santé).

	Patients ayant effectué précisément								Total patients	Total NC	2/I	Tot.p op.	$\frac{1*100}{3}$	$\frac{2*100}{3}$
	1 NC	2 NC	3 NC	4 NC	5 NC	6 NC	7 NC	≥8 NC						
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %						
Hommes	2879 23.0	525 4.2	149 1.2	64 0.5	15 0.1	10 0.1	4 0.0	2 0.0	3648	4818	1.32	12501	29.2	38.5
Femmes	3234 23.7	489 3.6	146 1.1	58 0.4	20 0.1	10 0.1	4 0.0	5 0.0	3966	5113	1.29	13621	29.1	37.5
T1	802 75.2	161 15.1	54 5.1	17 1.6	7 0.7	4 0.4	1 0.1	1 0.1	1047	1429	1.36	1067	98.1	133.9
T2	1188 28.9	219 5.3	70 1.7	35 0.9	12 0.3	3 0.1	6 0.1	1 0.0	1534	2104	1.37	4110	37.3	51.2
T3	947 11.5	106 1.3	25 0.3	10 0.1	2 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1090	1284	1.18	8246	13.2	15.6
T4	3116 24.6	529 4.2	146 1.2	60 0.5	14 0.1	13 0.1	1 0.0	5 0.0	3884	5056	1.30	12666	30.7	39.9
Total	6127 23.5	1015 3.9	295 1.1	122 0.5	35 0.1	20 0.1	8 0.0	7 0.0	7629	9947	1.30	26122	29.2	38.1

Légende: T1: enfants de moins d'un an;

T2: enfants de 1 à 4 ans;

T3: enfants de 5 à 14 ans;

T4: adultes de 15 ans et plus.

Il paraît donc évident que la faiblesse des taux d'utilisation des services de santé modernes ne s'accompagne pas dans la sous-préfecture de Ouessè de la concentration des recours thérapeutiques au sein d'un petit groupe de gros utilisateurs, auquel s'opposerait la masse des (quasi) non-utilisateurs. La faible concentration des recours alliée au taux d'utilisation limité suggère au contraire que la plupart des habitants de la sous-préfecture sont des utilisateurs occasionnels, voire très occasionnels, des services de santé modernes, à côté d'autres recours thérapeutiques. Si nous avions refait un enregistrement nominal des patients en 1993, nous n'aurions probablement retrouvé qu'une minorité des patients de 1992.

Quelques personnes ont tout de même enregistré un nombre impressionnant de nouvelles consultations: jusqu'à 15 pour l'une d'entre elles! Ces très gros utilisateurs des services de santé modernes sont pour la plupart des membres de la famille nucléaire de l'infirmier de Tosso. Pour eux, le dispensaire joue à la fois le rôle dévolu à l'automédication et au premier recours externe. Sans conteste, ils comptent parmi les habitants de la sous-préfecture qui ont un meilleur accès potentiel aux services de santé modernes. Ils habitent en effet sous le toit d'un agent de santé et le dispensaire est à 40 mètres de la maison. Ils bénéficient de consultations gratuites (mais pas de la gratuité des médicaments). Aucune résistance culturelle n'entrave le recours au dispensaire, puisque le chef du ménage, qui détermine la marche à suivre en cas de maladie, est également l'infirmier local. Dans ce cas très particulier, les cinq dimensions de l'accès que nous avons définies dans la première partie de cette thèse sont donc presque parfaitement réalisées. A supposer que ce ménage soit représentatif des besoins en soins de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, son taux d'utilisation du dispensaire local très élevée, par rapport aux autres habitants permettrait de mesurer l'impact des multiples barrières se dressant entre les services de santé et la population, ainsi que celui de la concurrence de l'automédication. Une telle demande serait d'ailleurs très loin de pouvoir être prise en charge par les services de santé actuels (cf. partie V, chap. 3e).

Jusqu'à présent, nous n'avons étudié que globalement le nombre de patients différents, enregistrés dans l'ensemble des services de santé desservant l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Voyons à présent brièvement quelques résultats saillants, service par service.

En 1992, les 1'213 habitants de l'Ouest qui ont visité l'hôpital Saint-Martin y ont effectué 1'542 consultations (anciennes et nouvelles consultations confondues, y compris quelques consultations prénatales), soit en moyenne 1,27 consultation par patient. Cette valeur ne varie pas avec le sexe. Par contre, le nombre de consultation varie selon l'âge. Les adultes arrivent ici en tête (1,31 consultation par patient), suivis par les enfants de 1 à 4 ans (1,23), des enfants de moins d'un an (1,21) et, finalement, des enfants de 5 à 14 ans (1,09). La prééminence des adultes pour ce seul service constitue un indice supplémentaire de l'attraction tout particulier qu'il exerce sur cette catégorie d'âge. Sur 100 habitants de l'Ouest, 3,7 y ont effectué exactement une consultation durant l'année, 0,8 deux consultations et 0,2 trois. Très rares sont donc les personnes qui recourent à cet hôpital réputé, mais assez lointain; plus rares encore sont celles qui y reviennent dans l'année. Et encore, s'agit-il ici presque toujours de la poursuite du traitement du même épisode de maladie. Ces chiffres confirment le rôle de service de référence joué par cet hôpital pour les habitants de l'Ouest.

A la clinique privée de Laminou ainsi qu'au cabinet privé de Botti, le nombre de nouvelles consultations par patient est extrêmement limité: 1,08. Presque personne ne s'est rendu pour plus de deux épisodes différents à la clinique et pour plus de trois épisodes au cabinet. Le nombre de nouvelles consultations par patient n'y varie pas avec le sexe ni avec l'âge.

Au CSSP de Ouessè, le nombre moyen de nouvelles consultations effectuées par la même personne est sensiblement plus élevé que chez les privés. On y observe en moyenne 1,22 nouvelle consultation pour chaque patient qui est venu au moins une fois au CSSP. Si cette

valeur est de 1,23 pour la seule moitié ouest de la sous-préfecture, elle tombe à 1,05 lorsque l'on ne considère que les patients provenant de l'Est, plus lointains et enregistrant un taux d'utilisation bien moindre du CSSP. Pour cet hôpital, comme d'ailleurs pour tous les services de santé, on observe donc à la fois une diminution du taux d'utilisation, qu'il soit calculé à partir du nombre de nouvelles consultations ou du nombre de patients différents, et du nombre de nouvelles consultations par patient avec l'augmentation de la distance (cf. Figure 110).

La Figure 111, qui montre la proportion de la population qui n'a pas du tout fréquenté le CSSP et le dispensaire de Tosso en 1992 pour des soins curatifs en fonction de la distance, a été réalisée en soustrayant à 100 % les taux d'utilisation calculés à partir du nombre de patients différents de chaque localité. Cette manière de présenter négativement l'utilisation d'un service de santé insiste sur les zones particulièrement exposées à la sous-utilisation. Elle indique que près des trois quarts des personnes habitant à moins d'un kilomètre du CSSP n'y sont jamais allées en 1992 et que cette proportion augmente ensuite rapidement: environ 90 % des personnes habitant entre 2 et 11 kilomètres du CSSP ne l'utilisent pas même une fois par année. Cette proportion passe à plus de 95 % entre 18 et 29 kilomètres du CSSP. Bien que depuis 1992 les taux d'utilisation du CSSP se soient un peu améliorés, nous restons là très loin de la "norme" d'au moins une consultation par habitant et par année recommandée par l'O.M.S. Il ne faut toutefois pas oublier que globalement la situation est plutôt meilleure que celle présentée ici, puisque toutes les localités figurant sur le graphique bénéficient également, à des degrés très divers, des prestations d'autres services de santé. Il ne nous a malheureusement pas été possible de construire un graphique similaire impliquant tous les services de santé car, en 1992, l'hôpital Saint-Martin et les deux établissements privés n'indiquaient pas, ou pas précisément, la provenance de leurs patients.

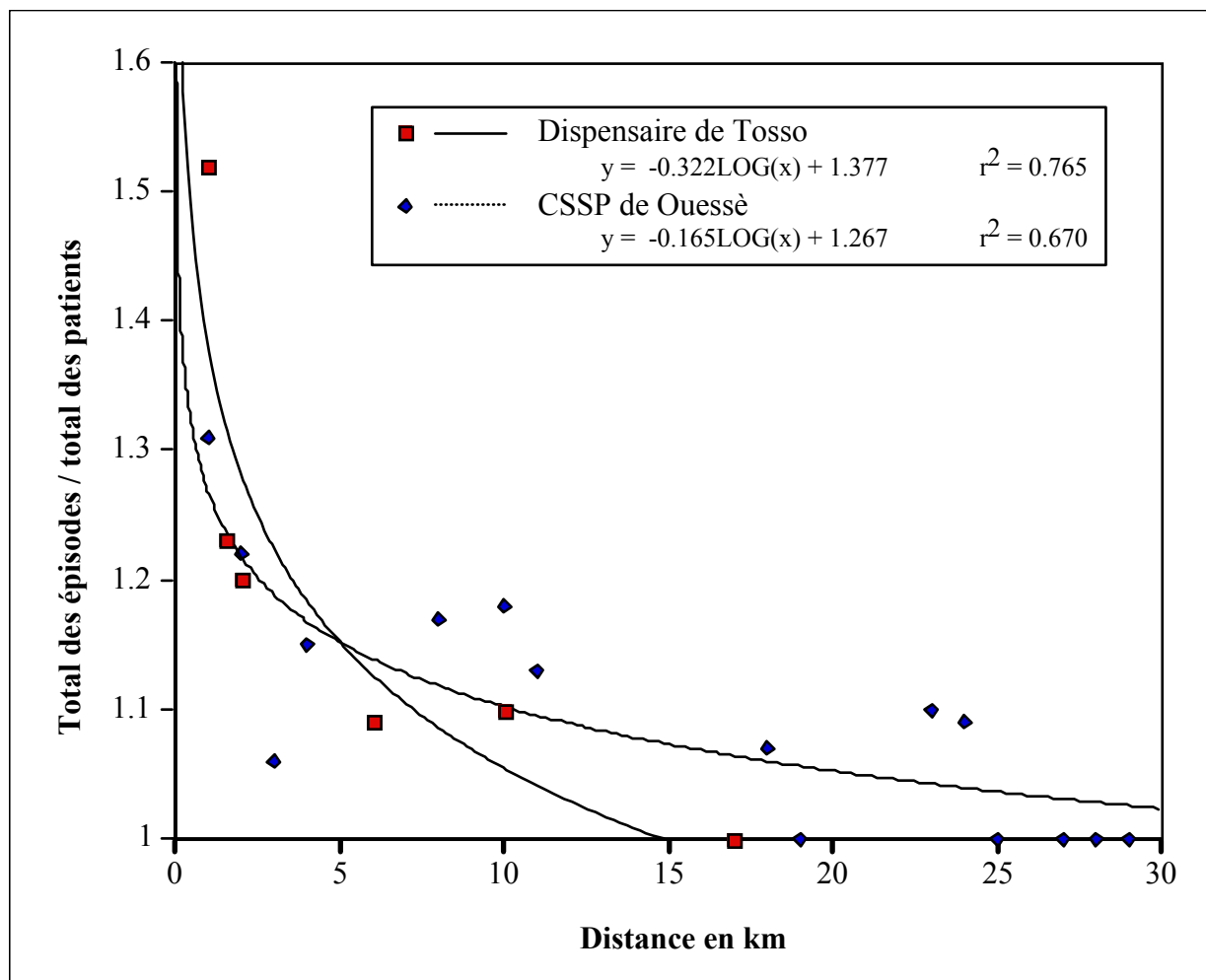


Figure 110 Nombre de nouvelles consultations selon la distance par patient différent au CSSP de Ouessè et au dispensaire de Tosso, en 1992 (sources: registres des patients).

De tous les services de santé desservant l'Ouest en 1992, le dispensaire de Tosso enregistre le nombre moyen le plus élevé de nouvelles consultations par patient: 1,28. La structure d'utilisation selon le nombre de nouvelles consultations est très proche de celle observée au CSSP. Au dispensaire de Tosso, 81,2 % des patients n'ont effectué qu'une seule nouvelle consultation, 13,6 % deux consultations, 3,6 % trois consultations, 0,8 % quatre et 0,8 % plus de quatre. Ces valeurs sont respectivement de 84 %, 11,5 %, 3,2 %, 0,8 % et 0,5 % pour le CSSP. Tout comme les taux d'utilisation par village enregistrés au dispensaire de Tosso sont supérieurs à ceux relevés au CSSP, le nombre de nouvelles consultations par patient y est aussi supérieur (cf. Figure 110). Toutefois, grâce à un niveau hiérarchique plus élevé, le CSSP de Ouessè résiste mieux que le dispensaire de Tosso à l'érosion due à la distance de ces deux indicateurs. De tous les villages de la sous-préfecture, celui de Tosso enregistre le meilleur taux d'utilisation d'un service de santé – le dispensaire de Tosso – et même de tous les services considérés ensemble. Ce taux élevé, associé à un nombre lui aussi élevé de nouvelles consultations par patient (1,52), implique que seulement 43,3 % des habitants de ce village n'ont pas du tout utilisé le dispensaire pendant l'année (cf. Figure 111). Cette proportion augmente ensuite très rapidement. Elle est déjà de 70 % pour Vossa, à environ un kilomètre du dispensaire et de 85 % pour Gbanlin, à 2 kilomètres (où la maternité ne pratiquait pas encore de consultations curatives à cette date).

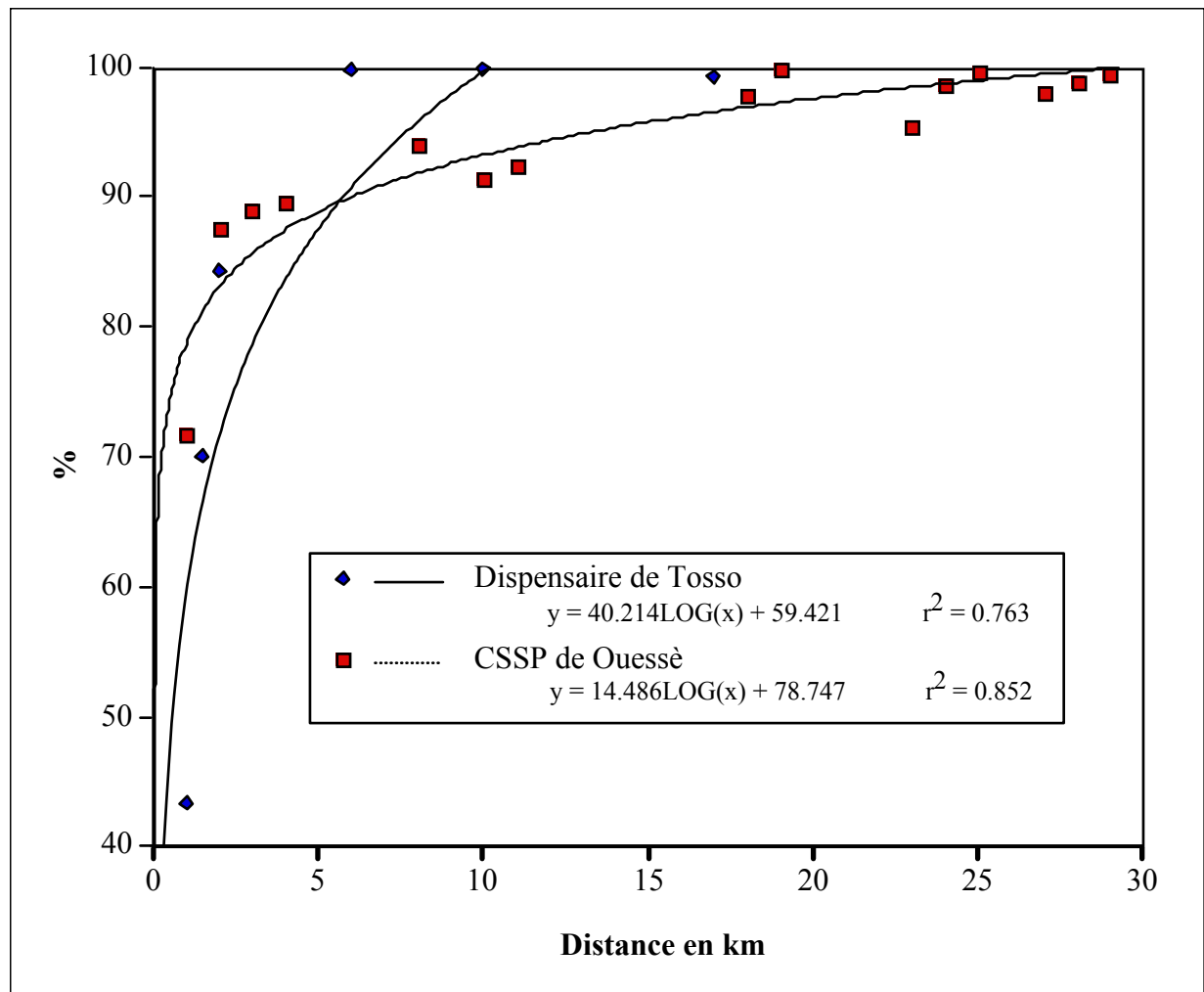


Figure 111 Proportion de la population selon la distance qui n'a jamais fréquenté le CSSP de Ouessè et le dispensaire de Tosso pour des soins curatifs, en 1992 (sources: registres des patients et recensement de la population de 1992).

En guise de synthèse, nous proposons sur le même graphique (Figure 112) à la fois le taux d'utilisation classique, calculé à partir du nombre de nouvelles consultations, et le taux d'utilisation calculé à partir du nombre de patients différents qui ont fréquenté le CSSP de Ouessè et le dispensaire de Tosso en 1992, correspondant à la proportion de la population qui s'y est rendue au moins une fois durant l'année. Si les deux séries de valeurs tendent à se superposer pour les villages les plus éloignés des services de santé, elles sont passablement différentes pour les villages les plus proches. Cela est tout particulièrement vrai dans la localité qui abrite le service de santé. Ainsi à Tosso, environ 57 % de la population s'est rendue au moins une fois au dispensaire et y a généré un taux d'utilisation de 86 %. Ces valeurs sont respectivement de 28 % et 37 % pour les villages de la commune de Ouessè à moins d'un kilomètre du CSSP. Non seulement la proximité d'un service de santé permet à une proportion de la population plus importante de l'utiliser au moins une fois dans l'année, mais encore elle favorise la (modeste) multiplication des nouvelles consultations chez ceux qui le fréquentent. Il en résulte évidemment un taux d'utilisation bien supérieur à ceux relevés dans les villages plus éloignés.

D'un point de vue méthodologique, il est important d'insister sur le fait qu'un taux d'utilisation ne fournit aucune indication sur qui utilise et notamment sur le nombre de personnes différentes impliquées dans cette utilisation. On pourrait imaginer des situations où un

taux d'utilisation a priori satisfaisant masque en fait un fossé énorme entre deux catégories d'utilisateurs: d'une part, un groupe qui utilise beaucoup, voire surutilise, les services de santé, et, d'autre part, un autre groupe qui les sous-utilise, voire n'y recourt pas du tout. Tel n'est pas le cas dans la sous-préfecture de Ouessè, si l'on se place à l'échelle du village. Par contre, à l'échelle de la sous-préfecture, il existe bel et bien des villages gros consommateurs de soins de santé modernes qui s'opposent à de très faibles consommateurs (cf. partie III, chap. 3h).

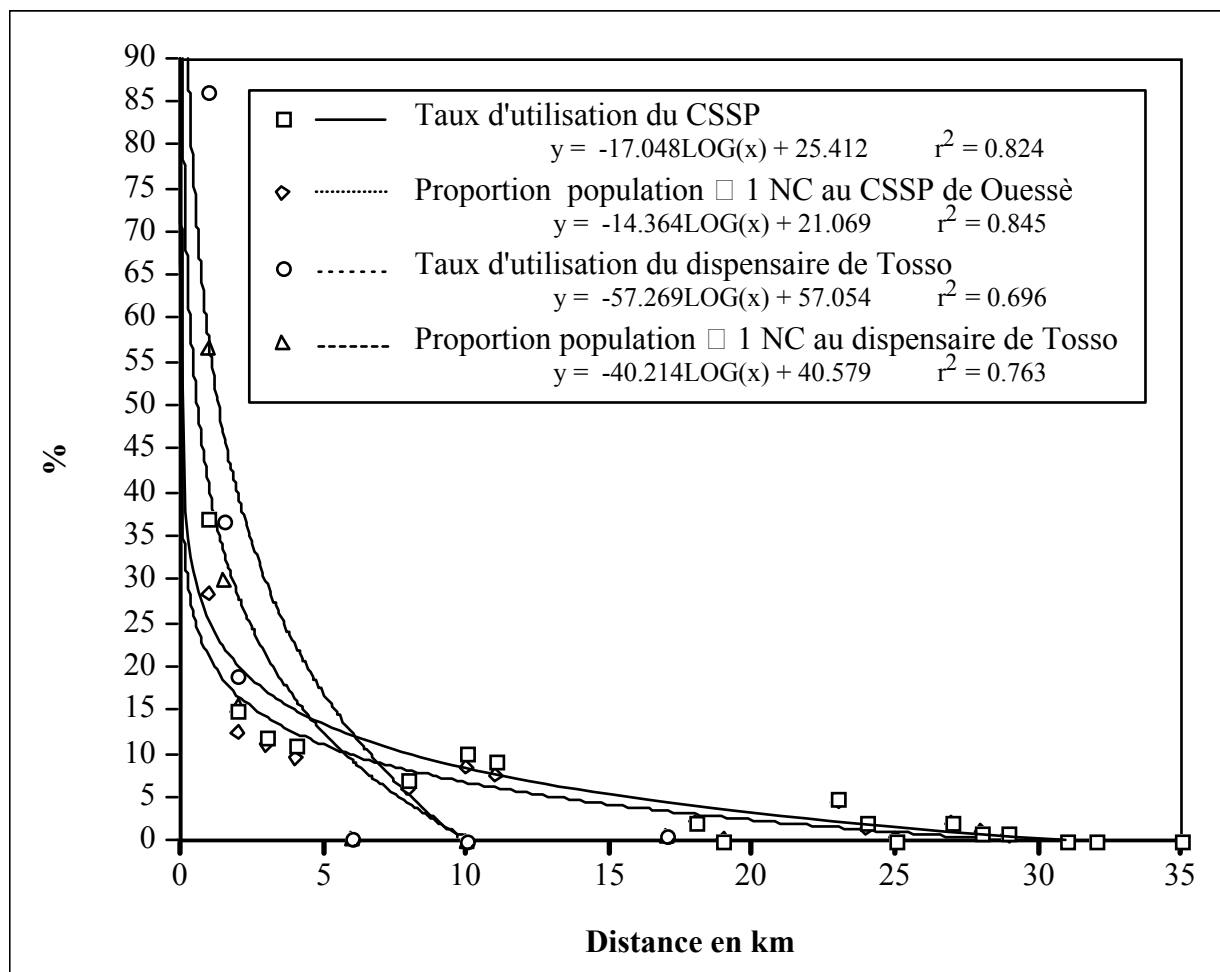


Figure 112 Taux d'utilisation et proportion de la population qui a effectué au moins une nouvelle consultation en 1992 au CSSP de Ouessè et au dispensaire de Tosso selon la distance (sources: registres de santé et recensement de la population de 1992).

3. ESPACE DE SOINS DES HABITANTS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSE

Il s'agit maintenant d'inverser le point de vue pour adopter celui du patient plutôt que celui du prestataire de services, comme nous l'avons fait jusqu'à présent. Quels sont les lieux fréquentés par une personne malade dans sa "quête de thérapie" (JANZEN, 1995), à quel type de services de santé recourt-il, quel niveau hiérarchique choisit-il? Plutôt que l'espace de soins d'un individu, d'un ménage, nous étudierons en fait celui de chacune des localités de la sous-préfecture de Ouessè. Pour ce faire, nous utiliserons la méthode décrite en introduction de cette partie (cf. partie III, chap. 1), qui, rappelons-le, combine le taux d'utilisation par village au taux de dépendance de chaque village envers chaque service de santé en un indice de dépendance allant de 0 à 10.

Rappelons également que, les registres de patients constituant les sources de cette analyse, cette dernière est forcément limitée aux services de santé modernes qui en tiennent. Les agents de santé les plus informels et les tradipraticiens, qui ne pèsent d'ailleurs pas lourd en termes de clientèle, comme nous le verrons avec l'enquête domiciliaire (cf. partie III, chap. 3h), sont donc écartés de cette étude des espaces de soins villageois. D'autre part, la seule exploitation des registres des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè ne dit rien de l'éventuel recours aux services extérieurs à la sous-préfecture. Deux questions générales de l'enquête domiciliaire nous permettront cependant de savoir si les ménages interrogés ont déjà utilisé des services de santé à l'extérieur de la sous-préfecture et s'ils ont déjà eu recours aux différentes composantes de l'offre de soins de santé disponible dans la sous-préfecture. Nous examinerons également où sont allés se faire soigner les quelques malades, appréhendés par l'enquête, qui ont reçu des soins hors de la sous-préfecture.

Il s'agira ensuite de confronter l'espace de soins de la population aux espaces médicaux officiels des services de santé publics. Cela nous amènera naturellement à nous interroger sur la hiérarchie sanitaire régionale et sur le fonctionnement du système de référence qui est censé réguler les flux de patients entre les différents niveaux hiérarchiques.

La connaissance exhaustive ou presque de l'espace de soins des habitants d'un village permettra également de calculer sa consommation médicale globale, qui est le total des prestations reçues dans chaque service de santé utilisé par cette communauté. Il ne s'agit donc plus ici de simplement calculer un taux d'utilisation du service de santé devant officiellement prendre en charge une population, mais bien de prendre en compte la mobilité de celle-ci dans la couverture de ses besoins.

Cette mobilité spatiale – donc horizontale – d'un recours thérapeutique à l'autre correspond aussi souvent une mobilité verticale, d'un niveau hiérarchique à un autre ou encore d'un type de médecine à un autre. La notion d'itinéraire thérapeutique, qui peut se définir simplement comme la succession dans le temps et l'espace des recours thérapeutiques utilisés durant un épisode de maladie, transcrit bien ce double cheminement. La composante spatiale des itinéraires thérapeutiques résulte de l'inégale distribution dans l'espace des ressources sanitaires. En sus d'une démarche intellectuelle s'attachant aux causes de la maladie et aux moyens d'y remédier (AUGÉ *in* HOURS, 1986), le malade et son *management therapy group* (JANZEN, 1978), si présent en Afrique, doivent donc physiquement effectuer des "errances" (FASSIN, 1992) ou des "errances thérapeutiques" (DROZ, 1993-94), en "quête de thérapie" (JANZEN, 1978). A l'allongement de la durée de l'itinéraire thérapeutique correspond généralement celui de la distance parcourue pour atteindre un nouveau recours. Aux déplacements atomisés vers la brousse ou les marchés locaux, à la recherche des remèdes nécessaires à l'automédication, répondent les flux de patients polarisés vers les services de santé les plus attractifs. C'est

précisément l'ensemble des itinéraires thérapeutiques des habitants d'un village qui dessinent l'espace de soins de cette population.

Les itinéraires thérapeutiques indiquent donc, de façon dynamique, quel est le comportement d'une personne confrontée à une maladie, à un traumatisme, à un malaise, quels sont les différents recours utilisés, combien de fois, dans quel ordre, dans quels lieux, combien de temps après le début de la maladie, avec quel intervalle entre les différents recours, en utilisant quel moyen de locomotion, avec quel résultat. Un corpus d'itinéraires thérapeutiques bien documentés constitue donc une mine d'informations considérables, qu'il est encore possible d'enrichir avec des données sur les motivations des choix, sur les coûts... Notre enquête domiciliaire auprès de 650 ménages nous permettra de suivre 1'334 itinéraires thérapeutiques effectués par autant de malades ou de traumatisés.

L'étude de l'espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè se limitera aux soins curatifs ambulatoires et hospitaliers, à la CPN et aux accouchements. Nous nous limiterons de plus à 1994, année pour laquelle l'information est la plus riche, puisque l'hôpital Saint-Martin indique enfin la provenance par village des patients de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. L'évolution analysée entre 1992 et 1994 des espaces médicaux des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs suggère que l'espace de soins de la population ne s'est guère modifiée durant ces trois années. Tout au plus l'intensité de la dépendance de la population envers les différents recours modernes a-t-elle parfois varié et deux services de santé privés de l'agglomération de Ouessè ont-ils fermé, alors qu'ouvrait le CCS de Kémon et que les maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï s'ouvraient aux soins curatifs.

a) Espace de soins de la population pour les soins curatifs ambulatoires

Ce sous-chapitre s'attachera tout d'abord à analyser la carte synthétique des espaces de soins par village de la sous-préfecture de Ouessè. Il fournira ensuite quelques indications, tirées de l'enquête domiciliaire, sur les rares recours thérapeutiques qui se sont déroulés à l'extérieur de la sous-préfecture. Ces recours lointains n'ont évidemment pas pu être appréhendés à travers le dépouillement systématique des registres de tous les services de santé de la sous-préfecture. Seule une enquête ad hoc auprès de la population, forcément moins exhaustive, peut en rendre compte. L'analyse des espaces médicaux des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè suggère que l'espace de soins de chaque village peut varier en fonction du sexe, de l'âge et de la pathologie, ou du moins que l'intensité de la dépendance des villages peut fluctuer selon ces variables. Nous avons cependant vu que les variations d'espaces médicaux sont faibles selon l'âge et, plus encore, le sexe. Il en va de même pour les espaces de soins. Nous nous contenterons donc ici de montrer à travers deux exemples extrêmes, les espaces de soins pour le paludisme et ceux pour les affections uro-génitales, qu'il peut exister d'importantes différences d'espace de soins selon le problème de santé considéré. Les différences observées pour d'autres maladies sont plus faibles, voire nulles, sauf pour l'onchocercose et les interventions chirurgicales, dont le nombre reste toutefois fort limité.

Des espaces de soins multipolaires souvent prédictibles à partir de la disponibilité, de l'accessibilité et du niveau hiérarchique de l'offre de soins

Les flux de patients à travers la sous-préfecture de Ouessè (cf. Figure 113 et Annexes 20 et 21 pour les tableaux nécessaires à la réalisation de cette figure) montrent une double ou une triple focalisation: sur les CCS, sur l'hôpital Saint-Martin et, pour la moitié sud de la sous-préfecture, sur le CSSP de Ouessè. L'espace de soins de tous les villages englobe le service de

santé de base officiel (CCS et aussi CSSP pour les communes de Ouessè, Laminou et Odougba). Pour les villages abritant un service de base, l'indice de dépendance envers lui est toujours fort, excepté à Djegbé (dépendance moyenne). L'espace de soins des villages ne se limite par contre jamais aux services de base locaux. Il vient toujours s'y adjoindre au moins un des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture, en fonction de la distance à l'hôpital Saint-Martin. Lorsque cette distance est relativement faible, soit pour les trois communes du nord-est de la sous-préfecture (Toui, Kilibo et Kémon), l'espace médical est bipolaire: CCS local et hôpital Saint-Martin. Lorsque cette distance est importante (et donc que celle au CSSP de Ouessè est faible à moyenne), soit pour la moitié sud de la sous-préfecture, cet espace devient tripolaire¹: CCS local, CSSP et hôpital Saint-Martin. Le sud-est de la sous-préfecture (commune de Challa Ogoï) connaît une situation originale de par son éloignement à la fois du CSSP et plus encore de l'hôpital Saint-Martin. En termes d'utilisation des trois niveaux hiérarchiques de soins de santé, cette commune occupe donc une situation intermédiaire entre celle enregistrée dans le nord-est de la sous-préfecture et celle observée dans le sud-ouest (le nord-ouest étant presque inhabité). L'espace de soins de cette commune est en effet tripolaire, mais le pôle constitué par le CSSP y reste marginal.

Le fait que tous les villages de la sous-préfecture de Ouessè incluent l'hôpital confessionnel Saint-Martin dans leur espace de soins, alors qu'environ une moitié d'entre eux en excluent totalement ou presque le CSSP, montre sans ambiguïté que les deux établissements ne bénéficient pas de la même considération auprès de la population, bien qu'ils soient a priori très similaires.

Après ces considérations globales, passons en revue l'espace de soins de chaque village ou agglomération, en tentant d'en faire ressortir l'éventuelle spécificité ainsi que les principaux facteurs expliquant la configuration particulière de ces espaces de soins.

Les habitants de l'agglomération de Djegbé, isolés au sud-ouest de la sous-préfecture, dépendent avec une intensité égale (indice de 6 sur 10) à la fois du CCS local, du CSSP à 23 kilomètres et de l'hôpital Saint-Martin à 68 kilomètres. C'est le seul exemple de dépendance équilibrée entre ces trois niveaux hiérarchiques. Cet équilibre traduit en fait un dysfonctionnement du système de soins, qui voudrait, selon le principe de la pyramide sanitaire, que la plupart des recours soient locaux. Ce n'est pas du tout le cas à Djegbé, où le dispensaire du CCS local tenu par une infirmière qui s'occupe aussi de la maternité est presque déserté (taux d'utilisation annuel de seulement 4,4 % en 1994!). La forte dépendance des habitants de Djegbé envers les deux hôpitaux, impressionnante au vu des distances, ne doit pas faire illusion: le taux d'utilisation tous services de santé confondus reste très faible (13 % contre 36 % en moyenne pour la moitié ouest de la sous-préfecture) et le taux d'utilisation du lointain hôpital confessionnel y est lui aussi plus bas que pour l'ensemble de l'ouest de la sous-préfecture (4,3 % contre 6,9 %). La place importante occupée par les deux hôpitaux ne résulte donc pas d'une volonté délibérée de fréquenter les services de santé de rang élevé, mais bien de la sous-utilisation de la ressource locale.

La question essentielle est donc de savoir pourquoi une infrastructure sanitaire ardemment souhaitée par la population, au point qu'elle en a commencé la construction de sa propre initiative afin de forcer la main aux autorités sanitaires et au PMSBS, s'en détourne aujourd'hui. Depuis l'ouverture de ce CCS, en mars 1992, la même infirmière venant du Sud occupe le poste. Sa situation est très difficile: grand isolement, éloignement de son mari, habitat modeste comparé à celui des sages-femmes généralement logées dans les maternités et surtout, salaire très bas du fait qu'elle ne relève pas de la fonction publique, mais du financement

¹ Ou reste bipolaire dans les trois communes dépourvues de CCS, où le CSSP de Ouessè joue également le rôle de premier recours.

communautaire¹. Presque depuis le début, elle a connu des problèmes relationnels avec une partie du COGEC (comité de gestion communal pour le CCS) et de la population, qui lui reprochent notamment d'être trop "formelle" et "nerveuse". Ce COGEC veut assurer une mainmise forte sur le CCS, puisque le village est à l'origine de sa création. La gestion financière semble cristalliser les griefs réciproques. L'infirmière reproche à certains notables de vouloir transformer le CCS en clinique privée, alors que certains laissent entendre qu'elle détourne de l'argent, ce que l'intéressée dément évidemment avec la dernière énergie.

Lui aussi très isolé, mais cette fois à l'ouest de la sous-préfecture, le village d'Idadjo possède aussi un espace de soins tripolaire et même quadripolaire si l'on prend en compte l'UVS locale, qui vend quelques médicaments plus qu'elle ne pratique de consultations ou de soins. Cet espace englobe le CCS de Tosso, à 17 kilomètres, le CSSP de Ouessè à 27 kilomètres et l'hôpital Saint-Martin à 72 kilomètres. Paradoxalement, c'est envers le service de santé le plus proche que la dépendance est, de loin, la plus faible. Cela tient, nous l'avons déjà dit ailleurs, au bas niveau hiérarchique du service le plus proche et du coût élevé pour l'atteindre (argent, effort, temps). Dans ces conditions, il est plus avantageux de poursuivre sa route au moins jusqu'au CSSP, si ce n'est jusqu'à l'hôpital confessionnel. Les habitants d'Idadjo sont cependant proportionnellement beaucoup moins nombreux à utiliser cette dernière possibilité que ceux de Djegbé, habitant pourtant à une distance similaire de l'hôpital Saint-Martin. Plus encore que pour Djegbé, le taux d'utilisation global des services de santé modernes par les habitants d'Idadjo est extrêmement faible (6 %).

Les espaces de soins des trois villages constituant le coeur de la commune de Gbanlin (Gbanlin, Tosso et Vossa) sont très semblables les uns aux autres. Deux de ces villages disposent d'un service de santé public dispensant des soins curatifs en 1994 (maternité de Gbanlin et dispensaire de Tosso), le dernier étant à moins d'un kilomètre du dispensaire. L'espace de soins de ces trois villages englobe le CCS local (plutôt la maternité de Gbanlin pour les habitants de ce village et presque exclusivement le dispensaire de Tosso pour les habitants de Tosso et de Vossa) et les deux hôpitaux. De toute la sous-préfecture, il s'agit sans conteste des villages qui utilisent de façon la plus équilibrée les trois niveaux hiérarchiques de soins à disposition. La dépendance des habitants de ces villages est maximale envers leur CCS (indice de 10 sur 10). Rappelons qu'il s'agit en effet du CCS qui a enregistré, et de loin, le nombre de nouvelles consultations et le taux d'utilisation le plus élevé de la sous-préfecture, et cela pour les trois années étudiées (1992 à 1994). Cette dépendance est déjà sensiblement plus faible envers le CSSP éloigné de 8 à 10 kilomètres (indices de 5 à 7). Elle diminue encore envers l'hôpital Saint-Martin (indices 3 à 6), qui occupe le sommet de la pyramide sanitaire régionale.

Il existe toutefois quelques différences entre ces trois villages. Gbanlin est au moins autant tourné vers l'hôpital confessionnel que vers le CSSP. Pour Vossa et Tosso, le CSSP supplante au contraire clairement l'hôpital confessionnel. En termes de taux d'utilisation des services de santé et de répartition des utilisateurs entre les différents niveaux hiérarchiques, le village de Tosso doit être cité en exemple au sein de la sous-préfecture. Il enregistre de très loin le taux d'utilisation le plus élevé (110 % en 1994), atteignant ainsi la "norme" d'un contact par personne et par an préconisée par l'OMS², et la répartition des recours entre les trois niveaux hiérarchiques la plus harmonieuse (90 % des recours au premier échelon, 7,5 % au deuxième et 2,5 % au niveau tertiaire).

¹ Les résultats financiers de ce CCS sont si mauvais qu'ils ne suffisent souvent pas à payer ce modeste salaire. Le CCS de Djegbé n'a donc pas pu obtenir son autonomie financière selon la politique en vigueur depuis peu dans le PMSBS. Il reste financièrement rattaché au CSSP.

² Pas tout à fait en réalité. Nous venons en effet de voir que ce taux d'utilisation de 110 % n'implique que 57 % de la population.

La relative proximité du CSSP et la facilité d'un déplacement vers l'hôpital Saint-Martin de Papané malgré la distance (taxis tous les matins revenant chaque fin d'après-midi) ne conduit pas les habitants de ces trois villages à désertier leur CCS au profit des hôpitaux. La popularité de la sage-femme et surtout de l'infirmier, tous deux en poste dans cette commune depuis longtemps, l'expliquent largement. Des relations de confiance ont pu se tisser entre cette population profondément rurale et ces agents de santé issus d'autres ethnies¹. Il suffit d'assister aux consultations durant une demi-journée au dispensaire de Tosso et de fréquenter un peu l'infirmier pour percevoir les raisons de son succès: une grande modestie, beaucoup de bonté et une énorme volonté de bien faire². Auprès des patients, cela semble largement contrebalancer un handicap de départ sérieux: le niveau de formation générale et médicale le plus bas de tous les infirmiers de la sous-préfecture. Originaire de l'Atacora, département le plus défavorisé du Bénin, devenu infirmier après avoir exercé une autre activité puis reçu une formation rapide à l'époque où le pays manquait d'agents de santé, cet homme a indéniablement vécu une promotion sociale valorisante. Cette origine modeste et ses compétences théoriques limitées amènent parfois certains agents de santé de la sous-préfecture à le regarder un peu de haut. Elle lui permet toutefois une réelle empathie avec la population rurale, ce qui n'est pas forcément le cas de ses collègues. Sa vision de la population locale est positive, un peu excessivement parfois ("tous les malades de Tosso et de Vossa viennent me voir avant d'aller à l'hôpital ou à Papané"), alors que maints collègues ne cessent de se plaindre des habitants de leurs communes: "Ils ne viennent jamais... Ils ne veulent pas payer... Ils ne font jamais ce qu'on leur dit de faire... Ils viennent toujours trop tardivement... Ce n'est que le soir qu'ils viennent nous voir, après le champ...".

L'espace de soins des agglomérations d'Odougba, de Ouessè et du village d'Attata sont par contre bipolaires, si l'on excepte une offre locale plus ou moins formelle souvent très peu qualifiée et récente: cabinet de soins tenu par une infirmière de rang B à Odougba, poste de secours desservi par des aides-soignants rapidement formés sur le tas à Laminou, dans l'agglomération de Ouessè, et UVS à Attata.

Cette bipolarisation s'explique par le fait que le CSSP de Ouessè joue à la fois le rôle de premier et de second recours pour les habitants de ces localités. L'intensité de la dépendance est très forte envers le CSSP (indices 9 à 10), mais cela n'empêche pas une part appréciable (presque un quart dans les deux agglomérations) des patients de fréquenter l'hôpital Saint-Martin en plus ou à la place du CSSP (indices de 6 pour les deux agglomérations et de seulement 4 pour Attata). La faible dépendance de ce village envers l'hôpital confessionnel s'explique par une localisation défavorable par rapport à la piste menant vers le nord. D'Attata, il faut en effet aller à pied jusqu'à l'autogare de Ouessè (plus de 3 kilomètres), trajet qui passe devant le CSSP de Ouessè, situé environ 500 mètres avant l'autogare. De plus, il se peut que la

¹ Beaucoup d'autres agents de santé de la sous-préfecture de Ouessè ne sont pas "issus du milieu", puisque le Ministère de la santé et les Directions départementales de la santé ne prennent pas en compte l'ethnie lors des affectations. Tous ne pâtissent pas d'un handicap linguistique puisque beaucoup d'agents de santé appartiennent aux groupes *fon* duquel relèvent les *Mahi* de l'ouest de sous-préfecture ou *yoruba* proches parents des *Nagot* de l'est de la sous-préfecture.

² Par exemple, lors d'une consultation d'un cas de paludisme sévère, il dressa une assez longue ordonnance, fouilla dans son armoire pour en extraire les médicaments qu'il reconditionna dans de petits sachets, fit le décompte dans le registre, expliqua minutieusement la posologie à la patiente et lui indiqua le montant total. Le tout avec beaucoup d'application et une lenteur qui ne devait rien à la nonchalance. La femme dénoua alors le coin de son pagne, qui tient lieu de portemonnaie au Bénin, et en sortit toute sa richesse. On était loin du compte. Sans le moindre signe de mauvaise humeur, l'infirmier révisa à la baisse son ordonnance, supprimant les deux ou trois injections qui devaient ouvrir le traitement avant que les comprimés ne prennent le relais, expliqua à la femme que cela ne diminuait en rien l'efficacité finale du traitement si ce n'est un effet moins immédiat, refit de savants et longs calculs pour utiliser au mieux tout l'argent à disposition, modifia les inscriptions dans le registre et sur l'ordonnance, rangea les médicaments en surplus et indiqua la nouvelle posologie et précisa que le traitement délivré n'était pas complet, qu'il faudrait repasser dans trois jours. Cette consultation a duré au moins une demi-heure. En termes de rendement, elle était catastrophique. Mais mieux vaut des services de santé où une clientèle moyennement abondante occupe longuement des agents peu lestes mais zélés et dévoués, que des services maintenus vides par les méthodes expéditives, les reproches et les gronderies des agents.

présence d'une UVS encore fonctionnelle jusque courant 1994 à Attata induise un modèle particulier de comportement de recherche de soins. L'UVS est considérée, au moins potentiellement, comme le premier recours thérapeutique extérieur, rehaussant le CSSP au rang de second recours qui apporte un plus considérable par rapport à la consultation d'un simple secouriste. Du coup, l'hôpital Saint-Martin pourrait être considéré comme un ultime recours possible, à réserver aux cas les plus graves ou tenaces. La proximité psychologique de cet hôpital serait donc plus grande pour les malades de agglomération de Ouessè, qui doivent déjà utiliser le CSSP de Ouessè comme premier recours.

Les six villages officiels de la commune de Challa Ogoï connaissent tous un espace de soins tripolaire, à l'exception de Kombon qui se contente de recourir à deux services de santé, en plus d'une UVS très peu fonctionnelle. Challa Ogoï, dont la maternité pratique depuis peu les soins curatifs pour toute la population, dépend fortement de son CCS (indice de 9 pour la maternité et le dispensaire de Kokoro confondus). Mais l'influence de l'hôpital Saint-Martin s'y fait également bien sentir (indice de 7). La dépendance de la population envers le CSSP y est par contre tout à fait marginale (indice de 1). La situation du village voisin disposant d'un dispensaire, Kokoro, est absolument identique, à part une dépendance envers le CSSP légèrement plus forte (indice de 2).

Botti Houegbo est un petit village, à 7 kilomètres de Kokoro par une piste en cul-de-sac passant par Challa Ogoï (4 kilomètres). L'espace de soins de Botti Houegbo comprend en premier lieu le CCS local (indice de 9), avec une fréquentation légèrement supérieure du dispensaire de Kokoro que de la maternité de Challa Ogoï (soins curatifs), pourtant plus proche de 3 kilomètres. Une partie des malades de Botti Houegbo parvenant à Kokoro y prennent plutôt un taxi pour l'hôpital Saint-Martin de Papané (indice de 5) ou pour le CSSP de Ouessè (indice de 3). Tout en restant marginale, la dépendance envers le CSSP est donc un peu supérieure à celle envers le dispensaire de Kokoro, malgré une accessibilité encore plus limitée. Il faut y voir une des conséquences des liens particuliers, et des visites qui en découlent, unissant encore les habitants de Botti Houegbo et ceux de Botti, dans l'agglomération de Ouessè, dont le village a autrefois été fondé par des ressortissants de Botti Houegbo.

La localisation de Gbédé par rapport aux services de santé n'est qu'apparemment similaire à celle de Botti Houegbo. Si le chemin pour l'hôpital Saint-Martin passe forcément devant la maternité ou le dispensaire du CCS pour les habitants de ces deux villages, cela se produit 3 kilomètres avant de rejoindre la route goudronnée, c'est-à-dire les taxis, pour Botti Houegbo, mais 2 kilomètres après cette jonction, pour Gbédé. Pour ce dernier village, aucun service de santé ne s'interpose donc entre lui et la route goudronnée. Après 6 kilomètres de marche jusqu'à cette dernière, les malades de Gbédé sont fortement enclins à y attendre un taxi, d'ailleurs très fréquents, et à poursuivre leur route jusqu'à l'hôpital Saint-Martin, bien mieux coté que le dispensaire local. Il serait du reste difficile de trouver un taxi qui accepte de prendre quelqu'un pour les 2 kilomètres restant à parcourir jusqu'à Kokoro, surtout s'il est déjà bien plein... ce qui est généralement le cas. Il ne faut donc pas s'étonner si l'espace de soins des habitants de Gbédé comprend d'abord l'hôpital Saint-Martin (indice de 7) et ensuite seulement le CCS local (indice de 5). La dépendance envers le CSSP de Ouessè y est tout à fait symbolique (indice de 1). Une fois de plus, cette localisation défavorable par rapport aux services de santé et aux moyens de communication qui y mènent débouche sur un taux d'utilisation, tous services confondus, particulièrement faible (6 %).

La localisation d'Idouya est elle aussi défavorable, mais dans une moindre mesure que celle de Gbédé. Ce village se trouve en effet à 2,5 kilomètres de la route goudronnée, sur la piste menant vers Ouessè. Que ce soit pour aller au CCS de Challa Ogoï, au CSSP de Ouessè ou à l'hôpital Saint-Martin, l'utilisation des taxis est problématique et implique souvent d'aller à pied

jusqu'à la route goudronnée, les taxis circulant à contretemps des besoins des malades d'Idouya sur la piste Kokoro-Ouessè (cf. partie I, chap. 1b). Les habitants d'Idouya sont donc tiraillés entre ces trois services de santé guère commodes à atteindre, qu'ils fréquentent d'ailleurs globalement peu (taux d'utilisation de 12 %, tous services confondus). L'indice de dépendance envers ces services varie peu: 7 pour le CCS local, 6 pour le CSSP et 5 pour l'hôpital Saint-Martin.

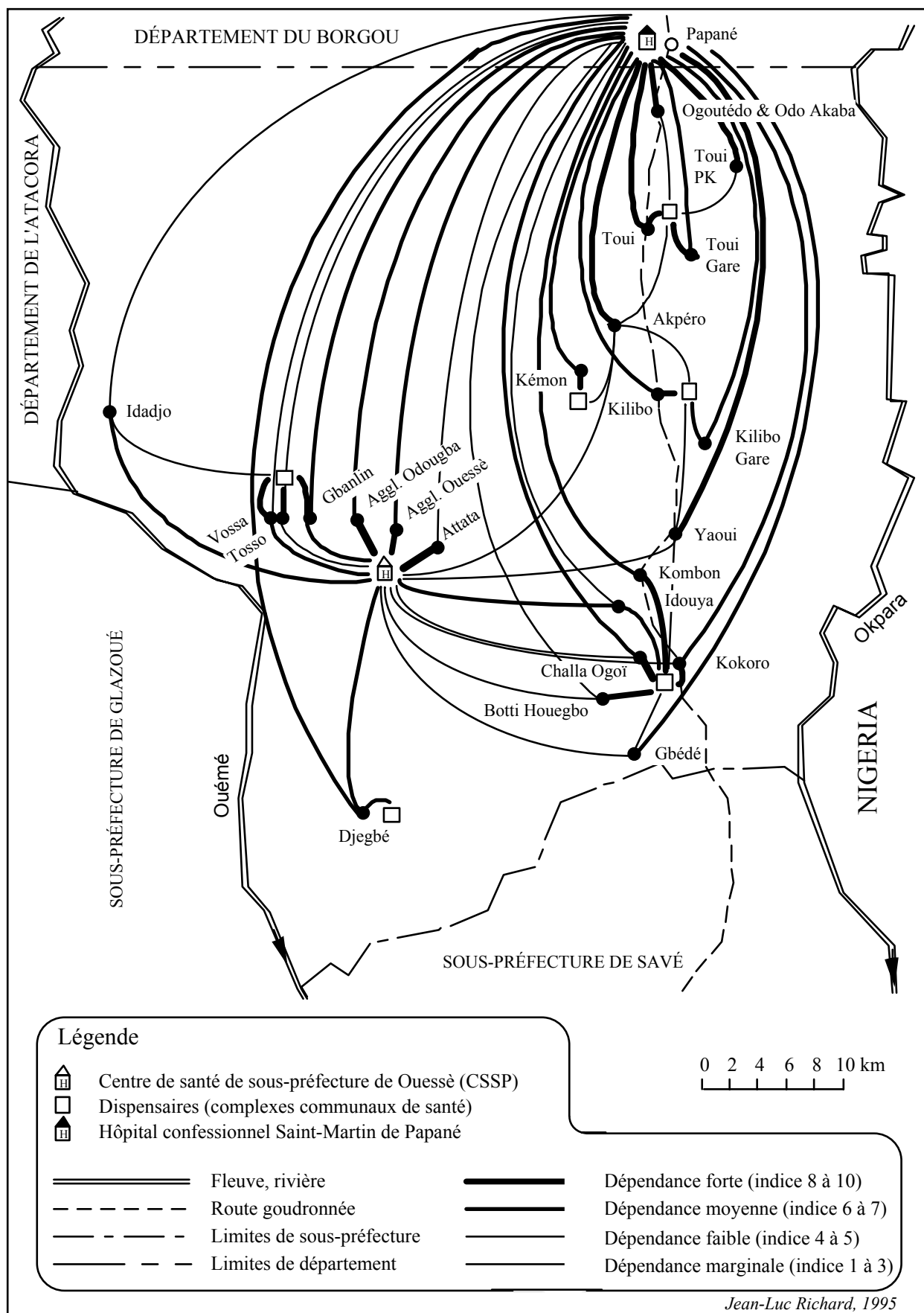


Figure 113

Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (sources: registres et fichier de patients des services de santé formels).

Tout autre est l'espace de soins du village voisin, Kombon, situé au bord de la route goudronnée. Ce village ne dépend que de deux services de santé, et cela d'une manière presque égale (indice de 8 pour le CCS de Challa Ogoï et de 7 pour l'hôpital Saint-Martin de Papané). Ces deux services sont facilement accessibles par la route où circulent à toute heure du jour de nombreux taxis. Rappelons encore une fois, qu'il est cependant plus facile de trouver un taxi pour le lointain Papané que pour le trop proche Kokoro, au goût des chauffeurs. Par contre, Kombon est le seul village de la commune de Challa Ogoï qui n'inclut pas le CSSP de Ouessè dans son espace de soins. Ce village se trouve en effet à 4 kilomètres au nord de l'embranchement pour Ouessè. Tous les taxis venant du sud allant vers Ouessè évitent donc Kombon. Il en va de même de ceux provenant du nord, qui empruntent la piste Toui-Kémon-Ouessè ou la piste Kilibo-Kémon-Ouessè. Il est donc impossible d'aller de Kombon à Ouessè en taxi sans effectuer un transbordement ou d'effectuer les 4 premiers kilomètres à pied (ou 2,5 kilomètres si l'on coupe, par une petite piste, directement sur Idouya). Tout comme pour Idouya, se pose encore le problème des flux de taxis circulant sur la piste Ouessè-route goudronnée à contretemps des besoins des malades.

Un peu plus au nord, déjà dans la commune de Kilibo, le village de Yaoui offre l'originalité d'un espace de soins quadripolaire, sans parler de l'UVS que les habitants de Yaoui aimeraient relancer (ils ont reconstruit un bâtiment). A 500 mètres de la route goudronnée, ce village est presque à mi-chemin entre Kilibo et Kokoro, facilement accessibles par taxi à respectivement 10 et 11 kilomètres. Les dispensaires de ces deux villages ne sont pourtant guère fréquentés: indice de 4 pour celui de Kilibo, dont dépend officiellement Yaoui, et seulement de 1 pour celui de Kokoro. De même, la dépendance envers le CSSP de Ouessè, à 29 kilomètres, reste très marginale (indice de 1), les habitants de Yaoui rencontrant les mêmes difficultés que ceux de Kombon pour s'y rendre. Le pôle principal de l'espace de soins des habitants de Yaoui est en fait constitué par l'établissement le plus lointain: l'hôpital Saint-Martin, à 37 kilomètres (indice de 9). Les patients de Yaoui tiennent le même raisonnement que ceux d'Idadjo et de Gbédé: à partir du moment où l'on a fait l'effort d'atteindre et de payer un taxi, mieux vaut dépenser un peu plus aller jusqu'à un service de santé mieux coté. De plus, s'arrêter au dispensaire de Kilibo, à 500 mètres de la route goudronnée, pour limiter le coût du transport, peut se révéler un mauvais calcul. L'infirmier peut en effet être absent (réunion mensuelle au CSSP, stratégie avancée de vaccination, vacances, maladies...), sans que les habitants de Yaoui n'en sachent rien. Il ne reste alors plus au malade téméraire qu'à regagner la route goudronnée pour y attendre un deuxième taxi pour l'hôpital Saint-Martin de Papané. L'arrêt au CCS de Kilibo peut donc déboucher sur des efforts inutiles accompagnés de perte de temps et d'argent¹. Tout encourage les malades de Yaoui à se rendre directement à l'hôpital confessionnel où la prise en charge est constamment assurée et dont la réputation est nettement supérieure à celle des CCS.

L'espace de soins de Kilibo se limite au dispensaire local (indice de 9) et à l'hôpital Saint-Martin (indice de 7), à 27 kilomètres. Facilement accessible par la route goudronnée, cet hôpital se pose comme un concurrent sérieux du dispensaire, malgré le surcoût engendré par le transport et le temps total nécessaire à une consultation bien supérieur.

Les patients de Kilibo Gare sont également assez partagés entre les deux services de santé. Ce village est situé à 4 kilomètres de la route goudronnée, mais à 6 kilomètres de Kilibo. Tout comme les habitants de Gbédé, ceux de Kilibo Gare atteignent donc les taxis avant le dispensaire. La tentation est alors d'autant plus grande de continuer directement jusqu'à l'hôpital confessionnel que les cas occasionnant une consultation extérieure doivent être assez sérieux à Kilibo Gare, à en juger par le taux global de consultation extrêmement faible (5 %).

¹ Pour une distance égale, deux trajets coûtent un peu plus cher qu'un seul.

Malgré tout, le dispensaire résiste bien et obtient un indice presque égal à celui de l'hôpital (6 contre 7).

L'espace médical de l'agglomération de Kémon est lui aussi bipolaire. Le nouveau CCS local y connaît des débuts prometteurs et enregistre le meilleur taux d'utilisation de tout l'est de la sous-préfecture pour les villages disposant localement d'un CCS. La dépendance de la population envers lui est donc maximale (indice de 10), alors que l'hôpital Saint-Martin reste sensiblement en retrait (indice de 6). En fait, malgré une plus grande proximité de l'hôpital confessionnel (26 kilomètres contre 46) et un niveau hiérarchique inférieur du service de santé local, Kémon connaît un espace de soins similaire à celui de l'agglomération de Ouessè, avec les mêmes indices: 10 pour le service public local et 6 pour le service de référence, soit l'hôpital confessionnel dans les deux cas.

Akpéro dispose de l'espace de soins le plus diversifié de la sous-préfecture. Ses habitants n'utilisent pas moins de cinq services de santé différents, voire six avec l'UVS locale peu fonctionnelle, certains très marginalement il est vrai. Le conflit ouvert entre les habitants de Kémon et ceux d'Akpéro empêchent ces derniers d'utiliser normalement le CCS de Kémon, dont ils dépendent officiellement (indice de 4 sur 10). Même sans cela, ils ne le visiteraient sans doute pas très fréquemment car 5 kilomètres les séparent du CCS et presque plus aucun taxi ne dessert Akpéro, depuis la réfection de la piste joignant directement Kémon à Toui, évitant Akpéro. De toute façon, si ces taxis étaient très utiles pour aller à l'hôpital Saint-Martin, ils ne pouvaient pas être employés pour aller d'Akpéro à Kémon et en revenir dans la journée, puisqu'ils circulaient dans le sens Kémon-Akpéro le matin et dans le sens inverse en fin d'après-midi. Actuellement, la plupart des patients d'Akpéro vont à pied jusqu'à la route goudronnée (2,5 kilomètres), d'où ils prennent un taxi pour le dispensaire de Kilibo (indice de 5), celui de Toui (indice de 2) ou, beaucoup plus fréquemment, pour l'hôpital Saint-Martin (indice de 8). Tout à fait exceptionnellement, l'une ou l'autre personne d'Akpéro se tourne aussi vers le CSSP de Ouessè (indice de 1).

La dépendance des habitants d'Akpéro est plus marquée envers le dispensaire de Kilibo qu'envers celui de Toui parce que les habitants d'Akpéro réclament leur rattachement politique à la commune de Kilibo. Fréquenter le CCS de Kilibo constitue alors un acte politique montrant leur allégeance et leur dépendance envers cette localité pour les services (santé, marché, école secondaire, essence, bureau postal). D'autre part, Toui est un peu plus éloigné d'Akpéro que Kilibo et les patients qui partent vers le nord préfèrent presque tous poursuivre encore leur route 14 kilomètres pour atteindre l'hôpital Saint-Martin.

Les quatre villages officiels de la commune de Toui connaissent chacun un espace de soins bipolaire focalisé sur le dispensaire de Toui et l'hôpital Saint-Martin. Trois de ces villages sont fortement dépendants de l'hôpital confessionnel, le quatrième moyennement: indice de 10 pour Toui et Ogoutédo & Odo Akaba, de 9 pour Toui PK et de 7 pour Toui Gare. Toutefois, deux cas de figure bien distincts se présentent dès que l'on envisage la situation globalement. Il y a tout d'abord les deux villages proches du dispensaire – Toui et Toui Gare à 4 kilomètres – pour lesquels la dépendance moyenne à forte envers l'hôpital Saint-Martin se double d'une dépendance forte envers le dispensaire de Toui (indice de 9 pour Toui et de 8 pour Toui Gare). Pour Toui, la dépendance est donc légèrement plus forte envers l'hôpital qu'envers le dispensaire (indice de 10 contre 9). Le dispensaire de Toui résiste donc un peu moins bien à la concurrence de l'hôpital Saint-Martin de Papané que celui de Kilibo, deux fois plus éloigné de Papané. La piste qui conduit de Toui Gare à la route goudronnée passe devant le dispensaire de Toui, peu avant la jonction. C'est une situation assez similaire à celle décrite plus haut pour Botti Houegbo. Le résultat en est le même, mais en moins prononcé: pour ce village, le dispensaire parvient tout juste à conserver la prééminence sur l'hôpital confessionnel (indice de

8 contre 7). Le deuxième cas de figure est celui des deux villages plus proches ou aussi proches de l'hôpital confessionnel que du dispensaire de Toui. Pour eux, la forte dépendance envers l'hôpital est quasi exclusive. L'indice de dépendance envers le dispensaire n'est en effet que de 1 pour Ogoutédo & Odo Akaba, à 5 kilomètres de l'hôpital, et de 2 pour Toui PK, à 11 kilomètres par le sentier motocyclable le plus court¹.

Cette analyse de l'espace de soins par village de la sous-préfecture de Ouessè montre que les habitants de chacun d'eux recourent au moins à deux services, toujours de niveau hiérarchique différent. Même les villages les plus isolés ne disposant d'aucun service de santé local dépendent d'au moins deux services. Évidemment, les taux d'utilisation sont alors très faibles. À l'exception de Djegbé, toutes les localités qui bénéficient sur place d'un service de santé de base en sont fortement dépendants. Cela reste le cas, mais souvent dans une moindre mesure, pour les villages qui n'en sont point trop éloignés. Les villages encore plus éloignés s'en affranchissent davantage et connaissent des espaces de soins originaux par la diversité des recours et/ou l'intensité de la dépendance envers ces divers recours (Idadjo, Gbédé, Yaoui, Akpéro, Toui PK, Ogoutédo & Odo Akaba). Ces deux derniers villages sont les seuls à avoir un espace de soins quasi unipolaire. La proximité et la réputation de l'hôpital Saint-Martin y laissent peu de place à la concurrence.

Trois facteurs suffisent largement à expliquer l'extension de l'espace de soins, ainsi que l'intensité des liens de dépendance entre un village et les composantes du système de soins régional: la disponibilité locale en services de santé, leur accessibilité (distance, voies de communication et transports collectifs) et leur niveau hiérarchique perçu. Cela est d'autant plus intéressant pour la planification sanitaire qu'il est possible de connaître ces éléments a priori, et assez facilement de surcroît. Bien sûr, la valeur prédictive de ces indicateurs reste générale. Ils ne sauraient prendre en compte des facteurs aussi imprévisibles que les tensions entre deux villages ou entre un agent de santé et la population.

L'espace de soins de chacune des localités de la sous-préfecture de Ouessè correspond-il aux espaces médicaux officiels des services de santé publics? Cela n'est de loin pas toujours le cas. Par exemple, Idadjo, Toui PK et Ogoutédo & Odo Akaba ne dépendent que marginalement de leurs dispensaires officiels respectifs. Cette dépendance reste également faible pour Gbédé, Yaoui, et Akpéro. Cette faiblesse s'explique par la concurrence d'un ou deux autres services de santé. Cette forte concurrence se manifeste jusque dans certaines localités disposant d'un CCS, comme à Djegbé, Kokoro, Challa Ogoï, Kilibo et surtout Toui. Ainsi, certains services de santé de base ne sont pas suffisamment attractifs pour capter l'essentiel des patients de leur espace médical officiel, comme le voudrait le fonctionnement harmonieux d'un système de soins hiérarchisé.

La situation est pire encore lorsque l'on compare l'aire d'attraction officielle du CSSP de Ouessè et l'espace de soins des villages. Son aire d'attraction officielle recouvre l'ensemble de la sous-préfecture. L'intensité de cette attraction n'est évidemment pas sensée être élevée pour six des neuf communes, puisque le CSSP ne devrait y jouer qu'un rôle de premier niveau de référence. À examiner la proportion par village des patients de ces six communes qui sont allés au CSSP, on s'aperçoit vite qu'elle ne correspond pas à une utilisation fondée sur un système de soins hiérarchisé, dont un système de référence fonctionnel huilerait les rouages. Seuls les villages de Gbanlin, Tosso et Botti Houegbo, avec 8 à 12 % de leurs patients qui sont allés au CSSP, pourraient suggérer une utilisation rationnelle (du point de vue du planificateur!) du système de soins. Ces proportions sont beaucoup trop élevées pour les autres villages de l'Ouest relevant officiellement d'un CCS, mais aussi pour Idouya à l'Est (de 17 à 68 %). À l'inverse, le

¹ Un étroit sentier assez périlleux à moto longe la voie ferrée, entre ballast et talus. Par ce chemin, Toui PK n'est qu'à 11 kilomètres de Papané et autant de Toui.

CSSP de Ouessè répond si peu à la demande dans tous les autres villages de l'est (de 0 à 4 % des consultations) et tout particulièrement du nord-est de la sous-préfecture, qu'il ne saurait y avoir de système de référence fonctionnel entre les CCS de l'Est et le CSSP. Ainsi, non seulement l'espace de soins des villages de la sous-préfecture ne recoupe que partiellement l'espace médical officiel du CSSP, mais encore, lorsque cela est bien le cas, l'intensité de la dépendance (ou de l'attraction, selon le point de vue), n'est le plus souvent pas conforme aux attentes des planificateurs.

Etablissement confessionnel, donc non intégré dans la planification sanitaire étatique¹, l'hôpital Saint-Martin ne saurait avoir d'espace médical officiel. Nous ne pouvons donc le comparer aux espaces de soins villageois. Il convient toutefois de relever que ces derniers incluent tous cet hôpital, avec un indice de dépendance allant de 3 à 10 (sur 10). Selon la localisation de la population de la sous-préfecture, l'hôpital confessionnel Saint-Martin remplit pour elle le rôle de premier, deuxième et même troisième recours thérapeutique. Il cumule donc les fonctions en principe dévolues à un CCS, à un CSSP et à un Centre de santé départemental (CHD). L'existence de cet hôpital constitue une réelle chance pour les habitants de la sous-préfecture. En cas de besoin, peu semblent en effet prêts à aller aussi loin que le CHD d'Abomey ou même celui de Parakou. De plus, nous ignorons tout de la qualité des soins dispensés dans ces établissements lointains, de même que le regard que portent sur eux les habitants de la sous-préfecture. Beaucoup n'ont sans doute pas vraiment d'opinion sur ces établissements, tant le nombre de personnes qui les ont déjà fréquentés est faible. Nous savons par contre que les prix pratiqués y sont plus élevés qu'à l'hôpital Saint-Martin.

Une utilisation marginale de l'offre de soins extérieure à la sous-préfecture

Jusqu'ici, nous avons analysé les espaces de soins des villageois de la sous-préfecture de Ouessè comme s'ils se limitaient strictement aux services de santé disponibles dans la sous-préfecture et sa périphérie immédiate (hôpital Saint-Martin). L'analyse de 1'334 itinéraires thérapeutiques recensés lors de notre enquête domiciliaire montre toutefois qu'une minorité de consultations se déroulent hors de la sous-préfecture.

Les 1'334 cas de maladie étudiés, pas tous achevés lors de l'enquête, ont entraîné 477 consultations de spécialistes de la santé différents (recours extérieurs) différents, tous types et toutes étapes confondus; la même personne ayant pu pratiquer jusqu'à trois recours extérieurs différents. Seules 18 (3,8 %) de ces consultations extérieures se sont déroulées hors de la sous-préfecture de Ouessè (si l'on considère l'hôpital Saint-Martin comme en faisant partie). Ainsi, seuls 1,3 % des cas de maladie recensés ont débouché sur une consultation hors de la sous-préfecture, dont une partie au CSSP de Tchaourou, à moins de 10 kilomètres de la frontière nord de la sous-préfecture. Bien que le recours à des services de santé lointains soit marginal, il est utile de détailler ces rares cas, car ils peuvent montrer jusqu'où certains habitants de la sous-préfecture sont prêts à aller en cas de besoin, quels sont les services extérieurs les plus connus ou les plus cotés, quelle est l'intensité d'utilisation des CHD de Parakou et d'Abomey et du CNHU de Cotonou, respectivement services de santé de référence départementaux et national, et enfin quels types de besoins semblent ne pas trouver de réponse satisfaisante au sein de la sous-préfecture de Ouessè.

Le premier constat qui s'impose est que 17 de ces 18 recours concernent des services de santé modernes et qui plus est d'un niveau au moins égal à celui d'un CSSP. Seule une vieille

¹ Mais cela devrait changer avec la nouvelle carte sanitaire du Bénin actuellement en (pénible) discussion. Certains districts sanitaires pilotes ont déjà été définis. Désormais, il est possible qu'un hôpital confessionnel devienne hôpital de référence de ces nouvelles zones sanitaires. Situé sur une frontière interdépartementale, à seulement 60 kilomètres du CSD de Parakou, l'hôpital Saint-Martin ne semble pourtant pas prêt de voir son statut hiérarchique clarifié.

femme souffrant de toux accompagnée de fièvre a consulté un guérisseur traditionnel dans le département du Mono. Encore faut-il préciser qu'elle a d'abord tenté l'automédication, puis qu'elle a été hospitalisée durant six jours dans un hôpital du Mono. Pas vraiment guérie à la sortie de l'hôpital, elle est encore allée consulter un guérisseur de ce département. Contrairement à d'autres régions d'Afrique subsaharienne (le Cameroun par exemple, voir DE ROSNY, 1992), le Bénin ne semble pas ou plus connaître de guérisseurs traditionnels de grande réputation qui draineraient de très loin à la ronde leurs patients. Cela concorde d'ailleurs avec un autre constat majeur de notre enquête sur les itinéraires thérapeutiques: les tradipraticiens ne sont presque plus utilisés dans la sous-préfecture de Ouessè.

Les personnes qui sont sorties de la sous-préfecture en quête de soins partagent encore une autre particularité: 16 sur 18 d'entre elles n'ont pas au préalable pratiqué l'automédication, ce qui est en général le cas de trois quarts des malades. Cette attitude dénote soit l'urgence du problème de santé (traumatisme grave par exemple), soit une grande confiance envers les services de santé modernes, particulièrement envers ceux d'un niveau hiérarchique élevé.

La diversité des recours thérapeutiques lointains utilisés par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè est elle aussi remarquable. Les 18 recours impliquent 11 services de santé différents. Un tiers de ces recours concernent le CSSP de Tchaourou, à 8 kilomètres au nord de l'hôpital Saint-Martin, le long de la route goudronnée. Il s'agit d'ailleurs là encore d'une utilisation de proximité puisque c'est un patient d'Odo Akaba et cinq de Toui PK y ont recours. Il s'agit là des deux villages de la sous-préfecture qui en sont les plus proches. Moins coté et un peu plus éloigné que l'hôpital Saint-Martin, le CSSP de Tchaourou parvient tout de même à capter une petite partie des patients du nord de la commune de Toui. Trois raisons l'expliquent. Premièrement, l'hôpital public est nettement meilleur marché que l'hôpital confessionnel, en tous cas depuis la dévaluation du FCFA, qui a contraint ce dernier à augmenter ses prix d'environ un tiers. Deuxièmement, le village de Toui PK n'est relié à la route goudronnée que par une mauvaise piste qu'aucun taxi n'emprunte. Par contre, le train de nuit reliant Cotonou à Parakou s'y arrête très tôt le matin et tard le soir lorsqu'il redescend vers le Sud. Malgré ces horaires très contraignants, le train constitue pour ceux qui n'ont pas de moto ou de bicyclette, ou pour ceux qui sont intransportables sur un cycle, le seul moyen de quitter le village. Des cinq patients de Toui PK qui sont allés au CSSP de Tchaourou, deux y sont allés en train, deux à bicyclette en empruntant le sentier qui longe la voie ferrée et un est allé à pied jusqu'à la route goudronnée (8 kilomètres simple course) pour y prendre un taxi. Il n'est par contre plus possible d'aller en train à l'hôpital Saint-Martin, la gare de Papané ayant été fermée (cf. partie I, chap. 1b). Troisièmement, Tchaourou abrite un marché actif. Des déplacements à double fin sont donc possibles: vers le marché et le CSSP.

Deux recours concernent des services de santé de Cotonou, dont l'un au moins le Centre national hospitalier universitaire (CNHU). Les dix autres recours impliquent tous des services différents, très dispersés. Pour les services situés au nord de la sous-préfecture, on relève un cas de hernie au CHD de Parakou, un autre cas de hernie à l'hôpital confessionnel Saint-Jean de Dieu de Boco, à une douzaine de kilomètres au nord de Parakou et un cas de traumatisme grave à l'hôpital confessionnel de Bembèrèkè, à environ 190 kilomètres d'Akpéro, village d'où venait le blessé. Ces trois cas ont nécessité une hospitalisation. Au moins deux d'entre eux, les hernies, auraient pu être prises en charge à l'hôpital Saint-Martin de Papané, beaucoup plus près. Les hôpitaux confessionnels Saint-Martin et Saint-Jean de Dieu sont similaires en tous points (taille, compétences, prix, appartenance au Diocèse de Parakou). Il n'y a pas a priori de raisons d'effectuer 85 kilomètres supplémentaires pour se faire opérer dans l'un plutôt que dans l'autre. Mais bien d'autres facteurs peuvent intervenir dans le choix d'un hôpital: bonnes ou mauvaises expériences vécues ou rapportées, connaissance d'un agent de santé, parents habitant à proximité... L'apparence extérieure du CHD de Parakou est par contre plus engageante que

celle de l'hôpital Saint-Martin. Mais le coût d'une hernie y est beaucoup plus élevé. L'imposant hôpital confessionnel de Bembèrèkè bénéficie d'un important personnel expatrié, dont des chirurgiens spécialisés. Il offre des services non disponibles à l'hôpital Saint-Martin, telle l'orthopédie. Selon la nature du traumatisme, il était donc tout à fait pertinent d'y emmener l'enfant blessé d'Akpéro. Le CHD de Parakou, 100 kilomètres moins loin n'aurait-il pas fait l'affaire? Notre questionnaire fermé ne répond évidemment pas à ce type de questions. Il faut toutefois savoir que l'hôpital de Bembèrèkè offre un excellent rapport prix-qualité et que les grands établissements publics n'ont pas une très bonne réputation, dès qu'il s'agit de prendre rapidement en charge une urgence chirurgicale¹.

Parmi les visites dans des services de santé localisés au sud de la sous-préfecture, on relève un cas de *manyen* (probablement candidose digestive) au CSSP de Savé (trois visites), pour une fillette habitant Idadjo, village le plus reculé de la sous-préfecture (à 100 kilomètres de Savé). Un *Peul* de 31 ans habitant Gbaffo (Ouessè) est allé six fois au CSSP de Glazoué (à 100 kilomètres de Ouessè), pour un "paludisme mâle" (ictère), après avoir d'abord effectué de l'automédication et avoir consulté six fois le CSSP de Ouessè. Sa très longue maladie n'était toujours pas guérie après ces traitements. Nous avons déjà mentionné la vieille femme d'Adougou, dans l'agglomération de Ouessè, qui a été hospitalisée dans le Mono (département au sud-ouest du Bénin), avant d'y consulter un tradipraticien. Un homme de 25 ans d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, a été hospitalisé pendant deux jours au CSSP de Ouidah, sur la côte, pour une diarrhée qu'il jugeait très grave. Il a bénéficié d'un transport gratuit en voiture. Un homme de 30 ans de Kilibo est allé en taxi jusqu'au CNHU de Cotonou, à 330 kilomètres, pour une toux chronique accompagnée de fièvre qu'il jugeait très grave. Le coût total du trajet pour cette consultation unique s'est monté à 15'000 FCFA, alors que la consultation n'a coûté "que" 4'000 FCFA.

L'autre cas d'utilisation d'un service de santé de Cotonou, probablement le CNHU, est intéressant parce qu'il illustre le rôle déterminant que peuvent jouer les réseaux familiaux dans le recours à une ressource sanitaire, en particulier les plus lointaines d'entre elles. Il s'agit d'un homme de 81 ans habitant Adougou (agglomération de Ouessè), qui a longuement souffert de toux accompagnée de fièvre. Après un mois, son fils habitant Cotonou est venu le chercher en voiture au village et l'a emmené dans un grand hôpital de Cotonou. Le fils a pris en charge le coût des trajets et de l'unique consultation, dont le vieillard ignore même le montant. Surtout s'ils ont "réussi" d'un point de vue économique, les parents qui se sont établis dans les villes importantes peuvent donc servir de relais vers les grands services de santé. Contrairement aux ruraux qui ne fréquentent guère les villes, ils connaissent l'offre de santé en milieu urbain et son fonctionnement. Ils peuvent alors introduire les parents restés au village dans cet univers nouveau et intimidant, ainsi que leur offrir le gîte et le couvert, voire le trajet, la consultation et le prix de l'ordonnance. Ce cas de figure reste cependant rare pour une région aussi rurale et éloignée des grands centres que la sous-préfecture de Ouessè. Tout comme le cas de figure inverse que nous avons relevé une fois dans l'agglomération de Djegbé: on profite de la visite occasionnelle d'un "enfant du pays", qui est devenu médecin dans le Sud, pour lui montrer un parent malade. La encore, un membre de la famille qui s'est établi hors de la sous-préfecture médiatise en quelque sorte la relation entre les ruraux et la médecine moderne urbaine.

¹ Un infirmier de l'hôpital Saint-Martin fit un grave accident de moto: il heurta de nuit un "titan" (train routier), qui stationnait tous feux éteints sur la route goudronnée, cas malheureusement fréquent au Bénin. Le médecin-chef pensait que ce traumatisme crânien nécessiterait peut-être une trépanation, opération impossible à effectuer localement. Il préféra donc l'évacuer de nuit jusqu'au grand hôpital confessionnel de Tanguiéta, au nord-ouest du Bénin, par de mauvaises pistes (270 kilomètres), plutôt que d'emprunter l'excellente route jusqu'au CNHU de Cotonou, à 360 kilomètres, mais moins loin en temps que Tanguiéta. En plus d'une meilleure confiance dans les médecins de Tanguiéta, la disponibilité supposée d'un chirurgien spécialisé, de surcroît tôt un dimanche matin, pesa dans la décision.

Un garçon d'Idadjo âgé de 10 ans a été emmené au CSSP de Banté pour un "paludisme femelle" (paludisme) considéré comme très grave. Il y a été hospitalisé durant une semaine. Ce choix paraît à première vue tout à fait étonnant vu l'immense détour nécessaire pour se rendre d'Idadjo à Banté, trajet passant devant cinq CSSP avant d'arriver à Banté. C'est oublier qu'à la saison sèche toutes les rivières et le fleuve Ouémé sont à sec et que de nombreuses pistes temporaires ne figurant pas sur la carte sont alors praticables à moto et souvent aussi par des véhicules à quatre roues, surtout s'ils sont tout terrain. Ainsi, Banté n'est qu'à une cinquantaine de kilomètres d'Idadjo par des pistes de contrebande coupant directement vers l'ouest. De plus, les habitants de Banté sont des *Nagot*¹ comme ceux d'Idadjo.

Il est impossible, à moins de mener des entretiens spécifiques directement avec les quelques personnes concernées, de savoir pourquoi elles ont préféré un CSSP lointain plutôt que le CSSP local. L'explication la plus immédiate serait que la personne est tombée malade ou a eu un accident lors d'un voyage ou d'un séjour chez un parent vivant hors de la sous-préfecture. Ce qui apparaît alors comme un service de santé lointain pour l'enquêteur ne serait alors que le service le plus proche au moment où le besoin s'est fait sentir. L'une des 18 consultations lointaines que nous avons observées illustre parfaitement ce cas de figure. Il s'agit d'un homme de 59 ans, habitant à Djegbé, qui a été hospitalisé durant deux semaines en Côte d'Ivoire, suite à un traumatisme jugé très grave par lui. Il paraît évident que ce traumatisme est survenu alors que cet homme était en visite en Côte d'Ivoire²... d'autant plus que le taxi pour se rendre dans cet hôpital ivoirien n'a coûté que 3'000 FCFA! De retour au village, cet homme est encore allé sept fois à l'hôpital Saint-Martin pour les suites de ce traumatisme. Sur les 18 cas recensés, ce faux recours lointain semble unique. Pour les autres cas, le questionnaire fait en effet toujours mention d'un déplacement en taxi ou en voiture d'un coût élevé, ce qui est incompatible avec l'utilisation d'un service de santé proche.

Il est intéressant de relever que les six cas de maladie qui ont motivé une visite au CSSP de Tchaourou, qui est rappelons-le plus une utilisation de proximité qu'un recours lointain, sont tous considérés comme peu graves ou assez graves. Il s'agit de "paludisme femelle", de diarrhée, de toux accompagnée de fièvre et de dysenterie. A l'inverse, sept des recours réellement lointains répondent à des cas jugés très graves (traumatisme, hernie, toux avec fièvre, diarrhée, "paludisme femelle" et "paludisme mâle") et trois à des cas assez graves (toux avec fièvre, hernie, *manyen*). Pour ce type de recours, jamais la gravité n'est considérée comme faible. Au vu de ces appréciations différentes sur les mêmes maladies, on voit déjà que la perception de la gravité d'un cas dépend plus des circonstances concrètes et individuelles de la maladie que du type de maladies. Ces chiffres sont à rapprocher de la perception de la gravité des cas recensés durant l'enquête domiciliaire. Sur 1'334 cas, seulement 19 % ont été jugés très graves par les représentants des ménages concernés, 37 % assez grave, 42 % peu ou pas grave et 2 % ne savent pas. Les recours à des services de santé de niveau moyen à supérieur hors de la sous-préfecture concernent donc des cas considérés comme nettement plus sérieux que la moyenne des cas.

Ces personnes auraient-elles pu trouver une réponse adéquate à leurs besoins au sein de la sous-préfecture de Ouessè? Nous sommes tenté de répondre par l'affirmative (sauf peut-être pour le traumatisé qui est allé à l'hôpital de Bembèrèkè), bien que l'examen détaillé de chaque cas par un médecin serait nécessaire pour répondre à cette question. Il est premièrement à relever que seule une personne a consulté un service de santé local avant de sortir de la sous-préfecture. Les six consultations effectuées au CSSP de Ouessè étant restées sans effet ou presque, elle a encore consulté six fois ... un autre CSSP, qui ne l'a pas davantage guéri. C'est

¹ Il semblerait que les habitants d'Idadjo relèveraient d'une branche des *Nagot* plus proche de celle des *Nagot* de Banté que des *Nagot* de l'est de la sous-préfecture.

² De nombreux habitants de la sous-préfecture de Ouessè ont émigré dans ce pays.

donc rarement à la suite d'un échec thérapeutique dans un service de santé local que les gens décident de recourir à un service extérieur à la sous-préfecture. Deuxièmement, il faut noter que les gros efforts consentis pour se soigner n'ont parfois débouché que sur une amélioration. Le pré du voisin n'est pas toujours le plus vert.

Nous n'avons pas demandé à ces 18 personnes si elles avaient été officiellement référées à ces services de santé extérieurs à la sous-préfecture ou si elles s'y étaient rendues de leur propre initiative. Deux constats prouvent cependant qu'il n'y a pas eu référence. Premièrement, nous venons de voir que seule une personne a visité un service de santé local avant de sortir de la sous-préfecture. Sans contact avec un service de santé de base, point de référence possible! Deuxièmement, la simple lecture des lieux fréquentés indique qu'il n'y a pas eu référence. Le CSSP de Ouessè devrait officiellement référer au CHD d'Abomey, de même que les CCS si le CSSP de Ouessè ne peut visiblement pas prendre en charge le cas. Or, on constate que personne n'est allé dans cet hôpital de référence. Beaucoup plus proche que le CHD d'Abomey, mais dans un autre département, le CHD de Parakou est parfois admis comme hôpital de référence de substitution. Là encore, on constate qu'une seule personne y est allée, sans d'ailleurs passer au préalable par un service local. A quoi bon? Il s'agissait d'une hernie, affection contre laquelle les CCS et le CSSP (avant le printemps 1994) sont totalement démunis. Quant au CNHU, niveau de référence ultime, il n'a été utilisé qu'une ou deux fois, et encore comme premier recours.

Une autre question de l'enquête domiciliaire, beaucoup plus large, visait à cerner l'espace de soins maximal des ménages. Nous leur avons demandé si, par le passé, au moins une personne du ménage avait déjà consulté au moins une fois toute une série de recours thérapeutiques, dont un hôpital extérieur à la sous-préfecture. Dans l'affirmative, nous demandions de préciser lequel. Il est probable que les réponses sous-estiment un peu la réalité. Nous avons en effet relevé quelques cas de personnes affirmant, par exemple, qu'aucun membre du ménage n'a jamais fréquenté l'hôpital Saint-Martin, alors que quelques minutes plus tard, ils nous mentionnaient une visite à cet hôpital dans le mois écoulé.

Sur les 650 ménages interrogés, un tiers avaient déjà utilisé au moins une fois un hôpital autre que CSSP de Ouessè ou l'hôpital Saint-Martin. C'est de loin l'hôpital départemental de Parakou qui arrive en tête: 8,2 % des ménages ont une expérience de cet établissement. Plus au nord encore, l'hôpital confessionnel de Bembèrèkè arrive en seconde position avec 5,4 %. Il est notamment utilisé par les personnes qui ont besoin de lunettes. Plus proche mais moins spécialisé, l'hôpital confessionnel Saint-Jean de Dieu de Boco, à 12 kilomètres au nord de Parakou, le suit de près (4,5 %). Arrivent ensuite les hôpitaux de Cotonou (3,2 %), essentiellement le CNHU. L'hôpital de Goho, c'est-à-dire le CHD du Zou à Abomey, n'a déjà été utilisé que par 2,6 % des ménages. Il s'agit pourtant de l'hôpital départemental de référence pour la sous-préfecture de Ouessè. Suivent le CSSP de Tchaourou (2,2 %), à une dizaine de kilomètres au nord de la frontière de la sous-préfecture; le très grand hôpital confessionnel de Tanguiéta (1,5 %) dans l'Atacora; le CSSP de Savalou (1,4 %), région *mahi* à environ 130 kilomètres de Ouessè; le CSSP de Savé (0,9 %), à une trentaine de kilomètres au sud de la sous-préfecture. Quelques ménages (2,2 %) ont encore utilisé d'autres hôpitaux, souvent au gré de leurs anciens domiciles ou de leurs voyages, y compris en Côte d'Ivoire et au Nigeria. Douze ménages (1,8 %) n'ont pas précisé le nom de l'hôpital utilisé.

Il ressort de la localisation de ces établissements que l'extension hors de la sous-préfecture de Ouessè de l'espace de soins de ses habitants se fait essentiellement vers le nord (CHD de Parakou, hôpitaux confessionnels de Boco, de Bembèrèkè et de Tanguiéta), alors que l'appartenance de la sous-préfecture au département du Zou devrait officiellement tourner les patients vers le sud. Le CHD d'Abomey pâtit de son éloignement: 210 kilomètres de Ouessè, contre environ la moitié pour le CHD de Parakou et l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Boco.

L'hôpital confessionnel de Bembèrèkè est aussi éloigné que le CHD d'Abomey, mais il bénéficie d'une meilleure image auprès de la population.

Si un tiers des ménages interrogés ont déjà vu au moins l'un de leurs membres utiliser un hôpital hors de la sous-préfecture de Ouessè, cette proportion est fort variable d'un village à l'autre. De plus, les hôpitaux utilisés varient aussi beaucoup, principalement en raison de la localisation du village et de l'origine de ses habitants. Ainsi, seuls 10 % des ménages de Gbédé, village au bout d'une piste en cul-de-sac à 6 kilomètres de la route goudronnée, ont déjà visité un hôpital hors de la sous-préfecture. Des 13 villages inclus dans l'enquête domiciliaire, Gbédé est d'ailleurs celui qui, d'une façon générale, utilise le moins les services de santé modernes. De plus, les habitants de Gbédé sont des *Basa* originaires du Ghana. Leur grand isolement ethnique ne favorise pas, comme c'est le cas pour toutes les autres ethnies de la sous-préfecture, la mobilité fondée sur les réseaux de parenté, qui permet parfois de fréquenter d'autres services de santé. Les habitants de Wokpa, village de colonisation agricole passablement isolé dans l'ouest de la sous-préfecture, ont eux aussi peu fréquenté des hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (20 % des ménages interrogés). L'hôpital utilisé était alors toujours le CHD d'Abomey. Cette utilisation est en fait souvent antérieure à l'installation de ces *Fon* à Wokpa. Ils sont en effet tous originaires de Tindji, près d'Abomey, où tous les adultes ont vécu, puisque Wokpa a été fondé il y a seulement une vingtaine d'années. Les *Peul* de Gbaffo, en bordure de l'agglomération de Ouessè, sont aussi de faibles utilisateurs de ressources sanitaires modernes et en particulier des services de santé extérieurs à la sous-préfecture. Un petit quart des ménages ont déjà vu l'un de leurs membres sortir de la sous-préfecture pour consulter un tel recours thérapeutique. Les hôpitaux utilisés sont fort divers, mais se trouvent pour la plupart au nord de la sous-préfecture. Notons tout de même que deux ménages signalent un recours au CNHU de Cotonou.

Très isolés au sud-ouest et à l'ouest de la sous-préfecture, les habitants de Djegbé et d'Idadjo ont une expérience pratique des hôpitaux lointains un peu inférieure à la moyenne (respectivement 28 % et 30 % des ménages, contre plus de 33 % en moyenne). Djegbé se caractérise par un recours principalement tourné vers le sud, notamment vers le CSSP de Savalou (10 % des ménages). Il faut probablement y voir l'influence de la parenté ethnique, la région de Savalou a servi d'étape dans la migration d'une partie des *Mahi* vers le nord, et d'une relative proximité géographique. A la saison sèche, il est en effet possible de traverser à gué le fleuve Ouémé et de couper à moto directement vers le sud-ouest, sur Savalou, via Aklampa. Les services de santé hors de la sous-préfecture déjà utilisés par les ménages d'Idadjo se trouvent par contre aussi bien au nord (Boco, Parakou et Bembèrèkè), qu'au sud (CSSP de Savé et CNHU) et qu'au sud-ouest (CSSP de Savalou et de Banté).

Toui PK et Attata se situent autour de la moyenne. Les habitants de ces villages sont essentiellement tournés vers les hôpitaux du Borgou, au nord. L'hôpital le plus connu des habitants de Toui PK est le CSSP de Tchaourou, à moins de 20 kilomètres. Deux ménages d'Attata sur 50 ont utilisé au moins une fois le très grand hôpital confessionnel de Tanguiéta, très loin au nord-ouest de l'Atacora. De tels cas épars existent aussi dans d'autres villages. Bien que cet hôpital jouisse d'une excellente réputation, qui attire même des Togolais et des Burkinabés, aucun habitant de la sous-préfecture ne va aussi loin pour se faire soigner, d'autant plus que l'essentiel du trajet est non goudronné. Les quelques cas recensés sont en fait des immigrants de l'Atacora, qui ont utilisé cet hôpital avant de s'installer dans la sous-préfecture de Ouessè ou lors d'une visite dans leurs villages d'origine¹.

¹ Les récoltes terminées, les ressortissants de l'Atacora retournent volontiers passer les fêtes de fin d'année et janvier chez eux. Ceux qui cultivent du coton, dont la récolte s'effectue de fin janvier à début février, doivent différer cette visite annuelle.

Quarante pour cent des ménages de Gbanlin et d'Adougou ont déjà utilisé des hôpitaux hors de la sous-préfecture. Alors que les habitants de Gbanlin sont essentiellement tournés vers le nord, ceux d'Adougou sont partagés entre le nord (Parakou, Boco) et le sud (Cotonou, Abomey et Savalou). Les ménages de ce dernier village abritant le CSSP de Ouessè sont de loin ceux affirmant avoir le plus utilisé les hôpitaux de Cotonou, principalement le CNHU (12 %). Il nous est impossible d'expliquer les causes de divergence dans l'espace de soins lointain de ces deux villages ethniquement très semblables et desservis pas les mêmes taxis, sur la même piste.

La moitié des ménages d'Odo Akaba, de Kilibo et d'Attannondoho ont une expérience directe d'un hôpital extérieur à la sous-préfecture. Les habitants d'Odo Akaba, village (non officiel) le plus au nord de la sous-préfecture, ont presque exclusivement utilisé des hôpitaux du département du Borgou, au nord de la sous-préfecture. Par ordre d'importance décroissant, on trouve le CSSP de Tchaourou, à seulement une douzaine de kilomètres, l'hôpital confessionnel de Bembèrèkè, celui de Boco et le CHD de Parakou. Les habitants de Kilibo sont par contre beaucoup plus tournés vers le CHD de Parakou, puis vers l'hôpital de Bembèrèkè. Sur 23 ménages qui ont précisé le nom d'un hôpital déjà utilisé à l'extérieur de la sous-préfecture, 20 ont mentionnés un hôpital du Borgou et seulement 3 un hôpital du Sud (Cotonou et Abomey). Les hôpitaux déjà utilisés par les habitants d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, sont largement les mêmes et dans les mêmes proportions que ceux cités par les ménages de Kilibo.

Des espaces de soins différenciés selon la pathologie: l'exemple du paludisme et des affections uro-génitales

Rappelons tout d'abord que les deux affections retenues sont parmi celles qui permettent le mieux de mettre en évidence des stratégies thérapeutiques différentes selon la pathologie. Il faudra donc se garder de croire que les espaces de soins selon la pathologie sont tous aussi différenciés. Rappelons ensuite que l'indice de dépendance qui permet de déterminer les limites de l'espace de soins de la population et l'intensité de la relation unissant chaque village aux différents services de santé est la somme du score correspondant au taux de dépendance de chaque localité envers chaque service et du score correspondant au taux d'utilisation par localité de ces mêmes services. Comme le taux d'utilisation pour un seul diagnostic est évidemment nettement plus petit que le taux d'utilisation toutes pathologies confondues, nous avons été amené à diminuer les seuils déterminant le score attribué à chaque taux. Il s'agit, par cet artifice de redonner au taux d'utilisation un poids globalement similaire au taux de dépendance de la population envers la ressource dans le calcul des indices de dépendance. Ainsi, pour un taux d'utilisation inférieur à 0,5 %, le score est nul. Il est de 1 pour un taux d'utilisation de 0,5 % à 1 %, de 2 pour un taux de 1 % à 3 %, de 3 pour un taux de 3 % à 5 %, de 4 pour un taux de 5 % à 10 % et de 5 pour un taux supérieur ou égal à 10 %.

En 1994, l'ensemble des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, y compris l'UVS d'Attata et le poste de secours de Laminou (mais sans le CCS de Djegbé à la fréquentation négligeable), ont pris en charge 4'915 cas de paludisme et 1'621 cas d'affections uro-génitales. Les taux d'utilisation annuels globaux sont respectivement de 8,9 % et 2,9 %. Si l'on compare l'espace de soins des villageois pour le paludisme à celui pour les affections uro-génitales (cf. Figure 114, Figure 115 et Annexes 22 à 25 pour les tableaux nécessaires à la réalisation de ces deux figures), on constate de grandes différences, non pas d'extension spatiale, mais d'intensité du lien de dépendance envers les différents services de santé.

Pour le paludisme, la population utilise essentiellement la ressource locale ou du moins la plus proche de son village, quel que soit son niveau hiérarchique. Ainsi, la dépendance est-elle moyenne à forte envers les CCS et le CSSP, à de rares exceptions près: Idadjo qui préfère le

CSSP au CCS local, Akpéro qui fuit son CCS officiel et Gbédé qui ne dépend que faiblement du CCS local. Le CSSP de Ouessè sert volontiers d'hôpital de référence ou plutôt d'autoréférence pour les habitants des communes de Gbanlin et, dans une moindre mesure, de Challa Ogoï, au sud-est de la sous-préfecture. Par contre, le nord-est de la sous-préfecture n'inclut pas plus cet hôpital dans son espace de soins pour le paludisme que pour l'ensemble des autres pathologies. Hormis quelques villages éloignés et en général isolés (Idadjo, Tosso et Botti Houegbo), l'hôpital Saint-Martin est par contre intégré à l'espace de soins de chaque localité pour le paludisme, mais

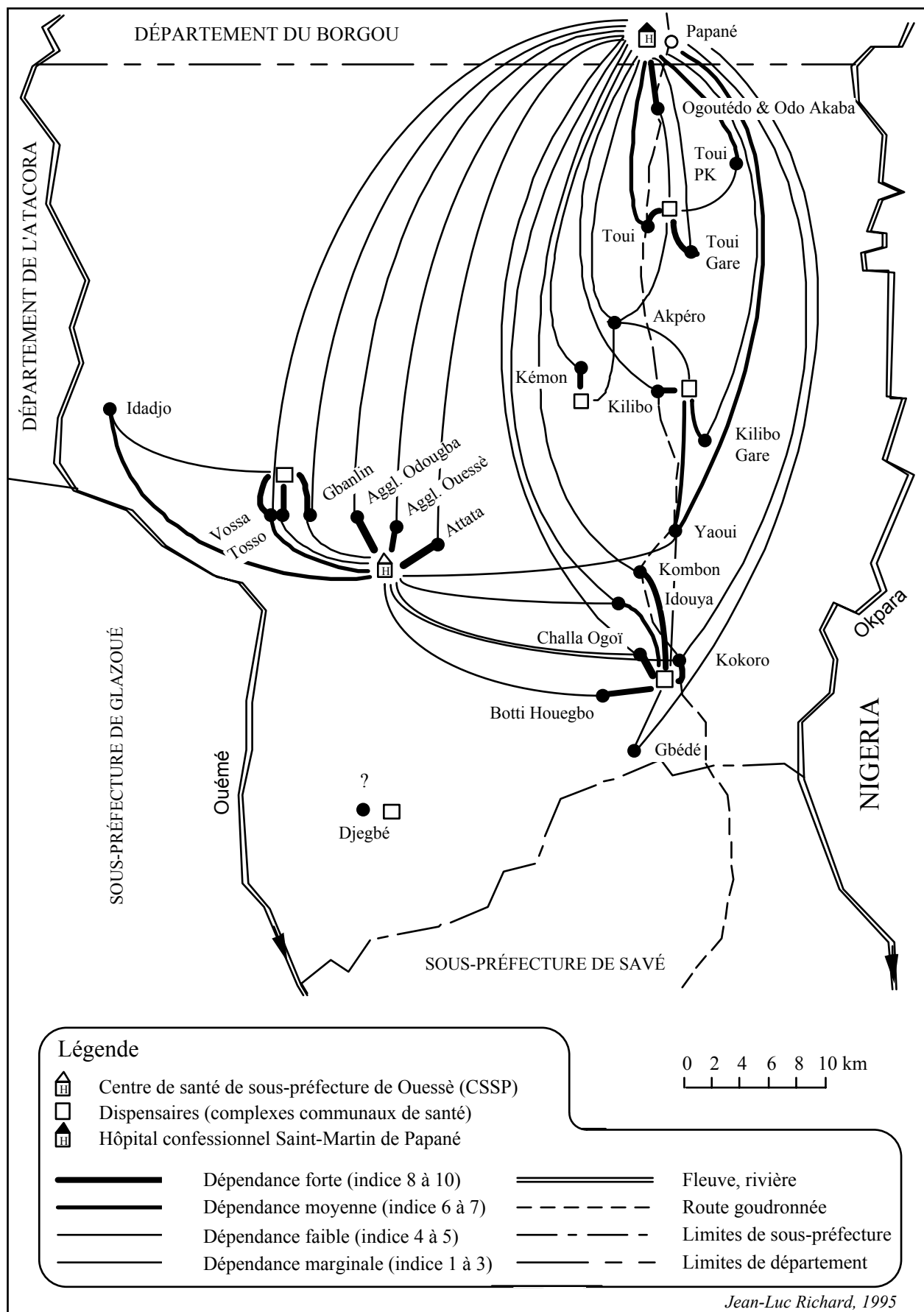


Figure 114 Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour le paludisme, en 1994 (sources: registres de patients, recensement de 1992).

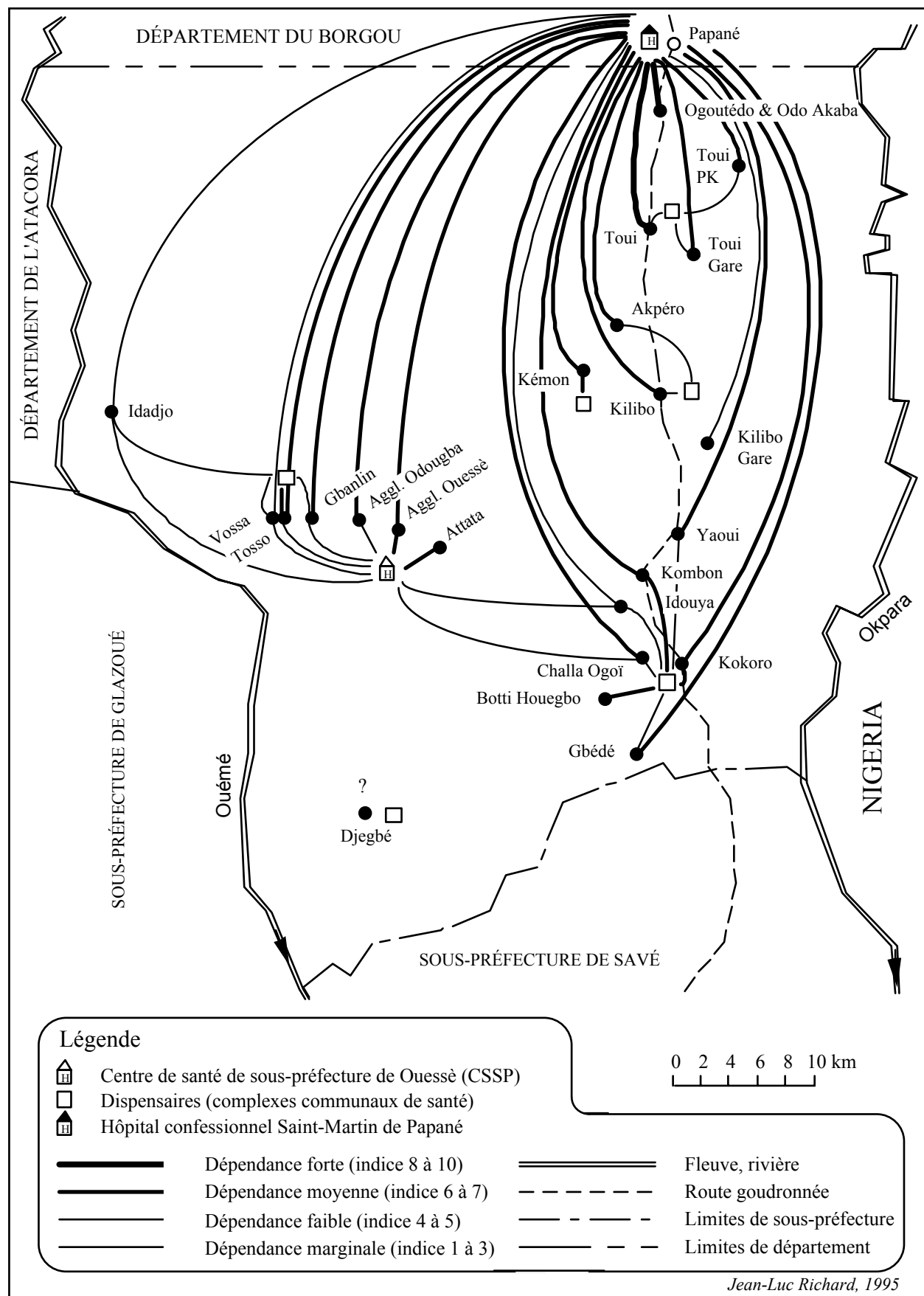


Figure 115 Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessé pour les affections uro-génitales, en 1994 (sources: registres de patients, recensement de 1992).

toujours marginalement ou faiblement, sauf pour quelques villages proches et/ou bénéficiant d'une accessibilité aisée (Ogoutédo & Odo Akaba, Toui PK, Toui et Yaoui). En fait, cet hôpital n'attire que 11,3 % des cas de paludisme recensés dans les services de santé de la sous-préfecture en 1994, contre 38,1 % pour le CSSP de Ouessè.

Le contraste avec l'ensemble des espaces de soins villageois pour les affections uro-génitales est saisissant. Hormis Botti Houegbo, exclusivement tourné vers le CCS local, et Attata, fortement axé vers le CSSP de Ouessè, tous les villages de la sous-préfecture incluent l'hôpital confessionnel dans leur espace de soins. De plus, rares sont les villages (Idadjo et Vossa) pour lesquels il n'occupe pas une place dominante. L'espace de soins local est par contre laminé, surtout dans les communes les plus proches de l'hôpital Saint-Martin (Toui et Kilibo). La dépendance envers le CSSP de Ouessè est beaucoup plus faible pour les affections uro-génitales que pour le paludisme et cela aussi bien pour les localités proches (agglomérations de Ouessè et d'Odougba, Attata), que plus lointaines (commune de Gbanlin). Il est symptomatique que pour les affections uro-génitales, les habitants de l'agglomération de Ouessè dépendent autant de l'hôpital confessionnel, à 45 kilomètres, que du CSSP local. A 4 kilomètres du CSSP, l'agglomération d'Odougba dépend déjà davantage de l'hôpital Saint-Martin que de l'hôpital public, alors que la piste pour cet hôpital passe par Ouessè. Même Idadjo, dont les habitants n'utilisent pas l'hôpital confessionnel pour le paludisme, inclut cet établissement très lointain dans son espace médical pour les affections uro-génitales, assez faiblement il est vrai. Deux chiffres résument de façon abrupte l'étroite dépendance de la population de la sous-préfecture envers l'hôpital Saint-Martin pour les affections uro-génitales: 68,7 % de toutes ces consultations y ont lieu, contre seulement 15,3 % au CSSP, le reste se répartissant entre les différents CCS.

Il apparaît donc clairement que l'espace de soins d'une population peut varier en fonction du type de maladies. La comparaison entre les lieux fréquentés et surtout l'intensité de cette utilisation pour le paludisme et les affections uro-génitales en offre la démonstration éclatante¹. Lors de l'étude des itinéraires thérapeutiques, il est donc impératif de préciser de quel type de maladies l'on parle. On ne saurait en effet considérer la maladie comme une catégorie unique et se contenter, comme cela se fait encore trop souvent, de poser des questions du genre: "Lorsque vous êtes malades, que faites-vous?". Ce constat de la variabilité des espaces de soins selon la pathologie implique également qu'il ne saurait y avoir de localisation vraiment optimale d'un service de santé du point de vue de son utilisation, puisque sa "désirabilité" peut varier de cas en cas. Troisièmement, cette variabilité des espaces de soins montre encore que la perception de l'efficacité thérapeutique d'un service de santé n'est pas monolithique. Non seulement elle peut varier d'une personne à l'autre, mais encore chez la même personne, selon l'affection dont elle souffre.

Si l'hôpital Saint-Martin est globalement très bien coté, les services de santé publics sont aussi appréciés que lui dès lors qu'il s'agit de traiter un paludisme. Mais il est aussi plus que probable que les diagnostics plus précis délivrés à l'hôpital confessionnel contribuent à y limiter le nombre de cas de paludisme, par rapport à des services de santé publics un peu trop enclins à voir du paludisme dans chaque fièvre. Paradoxalement, la faible utilisation relative de l'hôpital Saint-Martin pour le paludisme peut donc être interprétée autant en termes positifs – une bonne prise en charge locale qui dispense d'aller à l'hôpital confessionnel – que négatifs – une surévaluation du nombre de cas de paludisme dans les CCS et le CSSP à cause de diagnostics erronés. L'efficacité thérapeutique des services publics contre le paludisme est bonne, puisque la chloroquine et la quinine à disposition restent très largement efficaces et que le diagnostic de

¹ Un peu trop sans doute, car il convient de rappeler que, pour l'hôpital Saint-Martin, nous avons compté comme consultations curatives les consultations prénatales qui débouchent sur un traitement curatif, ce que nous n'avons pu faire pour les services de santé publics, où de tels cas sont d'ailleurs proportionnellement beaucoup plus rares.

paludisme est très facilement attribué dès qu'il y a de la fièvre. Les cas de paludisme qui y passent inaperçus sont donc rares. Le réel problème d'efficacité thérapeutique se pose pour les cas faussement diagnostiqués comme du paludisme.

b) Espace de soins de la population pour l'hospitalisation

Seuls le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin de Papané pratiquent l'hospitalisation dans la sous-préfecture de Ouessè. En 1992, la clinique privée de Laminou hospitalisait également, mais elle fut rapidement délaissée par les patients. L'espace de soins de la population pour l'hospitalisation est donc assez peu diversifié. Comme le taux d'hospitalisation est extrêmement limité – environ dix fois inférieur au taux d'utilisation – nous avons dû modifier les seuils permettant de transformer ce taux par localité en score. Ainsi, nous avons attribué le score de 0 pour un taux d'hospitalisation inférieur à 1 ‰, les scores 1 pour un taux de 1 à 5 ‰, 2 pour un taux de 5 à 10 ‰, 3 pour un taux de 10 à 20 ‰, 4 pour un taux de 20 à 30 ‰ et 5 pour un taux supérieur ou égal à 30 ‰. Au contraire, avec seulement deux services de santé en jeu pour l'hospitalisation, les seuils permettant de transformer le taux de dépendance de chaque village envers ces deux établissements pour l'hospitalisation ont dû être relevés par rapport à ceux utilisés jusqu'à présent. Le score de dépendance est donc ici de 0 pour un taux de dépendance inférieur à 5 %, de 1 pour un taux de 5 à 15 %, de 2 pour un taux de 15 à 30 %, de 3 pour un taux de 30 à 50 %, de 4 pour un taux de 50 à 75 % et de 5 pour un taux supérieur ou égal à 75 % (cf. en annexe 26 le tableau fournissant les taux et les scores par localité).

La Figure 116 montre que toutes les localités de la sous-préfecture incluent l'hôpital Saint-Martin dans leur espace de soins pour les hospitalisations. Le clivage entre les localités de l'Est et celles de l'Ouest est par contre net. La dépendance des localités de l'Est est en effet de moyenne à forte, alors qu'elle n'est que de marginale à faible pour les localités de l'Ouest. Seuls deux villages de l'Est, parmi les plus éloignés de l'hôpital Saint-Martin, n'en dépendent que faiblement pour les hospitalisations: Idouya et Botti Houegbo. Ces deux villages dépendent en effet au moins autant du CSSP de Ouessè que de l'hôpital confessionnel pour les hospitalisations. Pour l'Ouest, seule l'agglomération de Ouessè, qui abrite portant l'établissement concurrent de l'hôpital Saint-Martin, dépend assez fortement de l'hôpital confessionnel (indice de dépendance de 7 sur 10). Il semblerait toutefois qu'une partie de l'écart important entre le score des habitants de l'agglomération de Ouessè à l'hôpital Saint-Martin et ceux des habitants des autres villages de l'Ouest provienne de patients de l'Ouest déclarant venir de Ouessè, sans qu'il s'agisse pour autant de Ouessè-centre, ni même de l'agglomération de Ouessè.

A l'exception de quatre villages de la commune de Challa Ogoï (indice de dépendance de 2 à 7), seuls les villages de l'ouest de la sous-préfecture englobent le CSSP de Ouessè dans leur espace de soins pour l'hospitalisation. Pour tous ces villages, la dépendance est de moyenne à forte.

En définitive, le schéma d'utilisation des services de santé pour l'hospitalisation est très proche de celui observé pour les soins curatifs ambulatoires (cf. Figure 113), si l'on fait abstraction bien sûr des CCS qui ne pratiquent pas l'hospitalisation. Cela paraît logique dans la mesure où toute personne hospitalisée est d'abord un patient ambulatoire et où la proportion des patients qui sont finalement hospitalisés est plus ou moins similaire d'une localité à l'autre. Notons cependant que Djegbé et Gbanlin, qui dépendent autant de l'hôpital Saint-Martin que du CSSP pour les soins ambulatoires, sont plus dépendants du CSSP pour les hospitalisations. Globalement, la dépendance des localités de l'Ouest envers l'hôpital confessionnel est plus faible pour les hospitalisations que pour les soins ambulatoires. Cela paraît a priori étonnant, vu

le rôle de référence joué par cet hôpital. Cela l'est beaucoup moins si l'on se rappelle que le CSSP attire

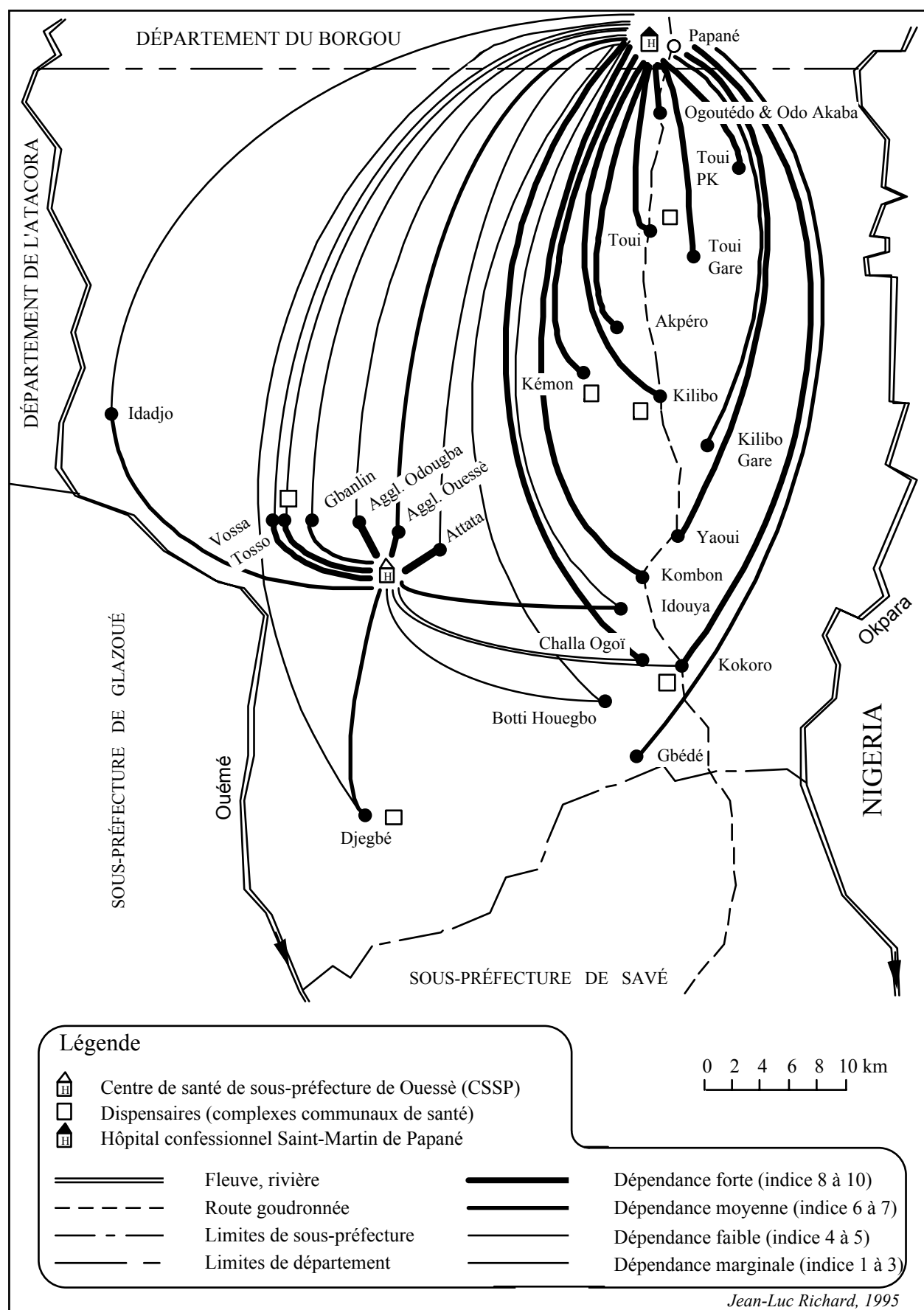


Figure 116 Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour l'hospitalisation, en 1994.

surtout des jeunes enfants, alors que l'hôpital Saint-Martin draine surtout des adultes et que ces derniers sont en général moins souvent hospitalisés suite à une consultation ambulatoire.

c) Espace de soins pour la consultation prénatale

En superposant les espaces médicaux pour la consultation prénatale (CPN) de toutes les maternités de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons pu construire l'espace de soins pour la CPN de chaque village de la sous-préfecture. L'indicateur d'attraction retenu ici est le taux de nouvelles CPN par rapport au nombre de naissances attendues. Il faut se souvenir que, d'une part, cette carte n'est pas exhaustive puisqu'elle ne prend pas en compte les CPN effectuées dans les UVS, qui peuvent être pour certains villages plus nombreuses que celles pratiquées dans une maternité, et, d'autre part, que ce sont parfois les mêmes femmes qui fréquentent deux, voire trois, maternités différentes. Le taux de nouvelles CPN, toutes maternités confondues, est donc supérieur à la proportion de femmes enceintes qui ont suivi au moins une CPN. Pour ces deux raisons, il est impossible, à partir de ces chiffres, de déterminer précisément la proportion de femmes qui restent en marge de toute CPN durant leur grossesse.

Pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, le taux de nouvelles CPN en maternité se monte à 83,4 % en 1994 (cf. Tableau 86). Si l'on ne compte que les nouvelles CPN des femmes provenant de l'espace médical officiel des maternités, ce taux atteint encore 78,1 %. Ainsi, presque quatre cinquièmes des femmes enceintes ont à coup sûr bénéficié d'un suivi de grossesse minimal dans une maternité. A ces femmes, il conviendrait d'ajouter celles, peu nombreuses, qui sont allées dans une autre maternité sans utiliser parallèlement leur maternité officielle, et les femmes, plus nombreuses, qui ont fréquenté exclusivement leur UVS.

Ce taux global de 83,4 % masque une double inégalité. Tout d'abord, le taux de nouvelles CPN en maternité est nettement plus élevé à l'ouest qu'à l'est de la sous-préfecture (respectivement 95,6 % et 71,1 %). Ensuite, ce taux est aussi beaucoup plus élevé pour les localités disposant d'une maternité que pour les autres villages (respectivement 100,2 % et 61,9 %). Selon le test du χ^2 , ces deux différences sont statistiquement hautement significatives ($p = 0,0001$). En fait, l'opposition entre l'Est et l'Ouest disparaît ou même s'inverse légèrement dès lors que l'on n'envisage que les localités disposant d'une maternité. Le taux global de nouvelles CPN est alors en effet de 104,2 % pour l'Est et de 97,4 % pour l'Ouest. Par contre, l'Est se distingue nettement de l'Ouest lorsque l'on ne considère que les localités sans maternité. Le taux de nouvelles CPN diminue alors à peine pour l'Ouest (92,1 %), mais il est divisé par 2,4 pour l'Est (42,7 %).

Ainsi, les femmes de l'Est ne disposant pas de maternité sont beaucoup plus sensibles à la friction de la distance que celles de l'Ouest. Deux faits l'expliquent, au moins partiellement. Tout d'abord, les villages de l'Ouest sont en moyenne moins éloignés d'une maternité que ceux de l'Est. Ensuite, les villages de la commune d'Odougba, qui pèsent très lourdement dans la catégorie des villages de l'Ouest sans maternité ne bénéficient plus ou quasi plus de CPN dans leurs UVS. Les femmes de cette commune se rendent donc massivement au CSSP de Ouessè, à 4 kilomètres. Une partie des villages de l'Est sans maternité bénéficient par contre d'une CPN dispensée par les matrones locales.

La Figure 117 illustre bien l'extrême focalisation des espaces de soins villageois pour la CPN sur les maternités les plus proches, quel que soit leur niveau hiérarchique. Il en résulte premièrement que rares sont les localités (Vossa, Gbanlin, Djegbé, Kokoro et Yaoui) qui dépendent de trois maternités pour les CPN (sans parler des UVS). La plupart des localités ne dépendent que de deux maternités, la plus proche (Idadjo excepté) à laquelle s'ajoute une

maternité

Tableau 86 Taux de nouvelles consultations prénatales par rapport au nombre de naissances attendues (Natt), par village et maternité en 1994 (sources: fichier de patients, registres des CPN et recensement de 1992 réactualisé).

		St-Martin		CSSP		Gbanlin		Djégbé		Ch. Ogoï		Kémon		Kilibo		Toui		Total	
	Natt	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ouessè	134	?	?	145	108.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Adougou	43	?	?	38	87.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Zogba Gaou	48	?	?	36	75.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Lakoko	31	?	?	34	111.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Attata	26	0	0.0	20	77.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	20	77.5
Comm. Ouessè	281	?	?	273	97.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Laminou	146	?	?	163	112.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Kpassa	81	?	?	67	82.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Botti	80	?	?	56	70.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Gbémé	70	?	?	73	104.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Attannondoho	32	?	?	25	77.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Comm. Laminou	408	?	?	384	94.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Aggl. Ouessè	664	14	2.1	639	96.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	653	98.4
Odougba	91	?	?	94	102.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Zogba Trékou	45	?	?	31	69.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Tchédjannagnon	25	?	?	24	95.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Dokoundoho	30	?	?	61	206.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
N'gbéhouédo	85	?	?	87	103.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Comm. Odougba	275	2	0.7	297	107.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	299	108.6
Gbanlin	126	5	4.0	5	4.0	122	96.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	132	104.4
Tosso	25	0	0.0	4	16.1	13	52.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	68.3
Vossa	89	1	1.1	18	20.3	75	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	94	106.0
Idadjo	56	1	1.8	2	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	5.4
Comm. Gbanlin	296	7	2.4	29	9.8	210	71.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	246	83.2
Comm. Djégbé	125	4	3.2	13	10.4	0	0.0	90	71.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	107	85.4
Idouya	36	1	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	30.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	12	33.0
Kokoro	86	2	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	47	54.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	49	57.1
Challa Ogoï	73	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	64	87.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	64	87.7
Botti Houegbo	20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	95.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	95.2
Gbédé	43	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	37.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	37.3
Kombon	46	2	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	50.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	25	54.5
Comm. C. Ogoï	304	5	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	180	59.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	185	60.9
Yaoui	68	4	5.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5	0	0.0	6	8.8	0	0.0	11	16.2
Kilibo	243	6	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	222	91.3	0	0.0	228	93.8
Kilibo Gare	51	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	23	45.5	0	0.0	23	45.5
Comm. Kilibo	362	10	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	251	69.4	0	0.0	262	72.4
Kémon	161	7	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	114	71	0	0.0	0	0.0	121	75.2
Akpéro	55	1	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.8
Comm. Kémon	216	8	3.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	114	53	0	0.0	0	0.0	122	56.5
Toui	159	41	25.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	209	131.4	250	157.1
Toui Gare	128	8	6.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	92	71.6	100	77.9
Toui PK	92	10	10.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	10.8
Ogoutédo+Odo A	115	48	41.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	1.7	50	43.4
Comm. de Toui	495	107	21.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	303	61.2	410	82.8
Total ouest SP	1386	27	1.9	996	71.9	210	15.2	90	6.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1325	95.6
Total est SP	1376	130	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	181	13.1	114	8.3	251	18.2	303	22.0	979	71.1
Tot.avec maternité	1552																	1555	100.2
Tot.sans maternité	1210																	749	61.9
Total	2762	157	5.7	996	36.1	210	7.6	90	3.3	181	6.6	114	4.1	0	0.0	303	11.0	2304	83.4

de référence, habituellement celle de l'hôpital Saint-Martin, voire d'une seule maternité (Attata, Gbédé, Botti Houegbo, Kilibo Gare, Akpéro et Toui PK). Deuxièmement, lorsqu'elle existe, la fréquentation d'une deuxième maternité en sus de la plus proche est toujours très limitée. Font exception à cette règle Djegbé, Tosso et Vossa envers le CSSP de Ouessè (taux de 10 % à 20 %) et Toui envers l'hôpital Saint-Martin (taux de 26 %). Troisièmement, si l'espace de soins de presque tous les villages de la sous-préfecture inclut l'hôpital Saint-Martin, l'intensité de son attraction est extrêmement faible, sauf pour la commune de Toui, la plus proche. A cet égard, les espaces de soins villageois sont donc bien différents pour les CPN que pour les soins curatifs, le suivi de grossesse générant peu de référence ou d'autoréférence. Il s'inscrit en effet dans cette logique de proximité, qui constitue la principale caractéristique de la SMI par rapport aux soins curatifs, bénéficiant d'un horizon plus large.

L'enquête domiciliaire nous permet encore d'apprécier la proportion de femmes enceintes ne fréquentant aucune CPN, ainsi que la place occupée par les UVS pour ce type de prestations. Pour l'échantillon des 293 naissances dans l'année qui précéda notre passage dans 13 villages, les futures mères avaient effectué au total 1'427 consultations prénatales en maternité et/ou en UVS, soit 4,9 en moyenne par naissance¹. Presque deux fois plus élevée que celle calculée à partir des cahiers des maternités, cette moyenne est largement surfaite. D'une part, les femmes, ou les membres du ménage présents lors de l'enquête, ne se souvenaient souvent plus du nombre de CPN effectué. Par convention, nous leur attribuons alors 3 CPN, si elles affirmaient y être allées irrégulièrement et 5 si elles disaient avoir été régulières. Ces estimations, basées sur la préenquête et sur le nombre moyen de CPN calculé pour 1992, semblent trop optimistes pour l'année 1994. D'autre part, sachant que les CPN sont valorisées, les répondants tendent sans doute à en augmenter le nombre, surtout s'ils ne s'en souviennent pas précisément. Trop élevées, ces valeurs conservent toutefois une certaine valeur relative (cf. Tableau 87).

Les femmes *peul* de Gbaffo sont de loin celles qui pratiquent le moins de CPN par grossesse (2,3), contrairement à ce que nous avons calculé à partir des registres pour l'année 1992. Ce sont également celles qui connaissent la plus grande proportion de non-utilisation de la CPN: 3 femmes *peul* sur 13 n'en ont effectué aucune. Le questionnaire nous confirme que les femmes d'Adougou sont moins attirées que la moyenne par la CPN (3,9 visites), alors même que le CSSP de Ouessè est implanté dans leur village. Les femmes de Djegbé multiplient par contre les visites (6,3), bien que par ailleurs leur CCS soit extrêmement peu utilisé pour les soins curatifs et qu'une partie de la population n'apprécie pas l'infirmière en poste. Tous les autres villages ne se distinguent guère de la moyenne. Les villages qui disposent d'une UVS enregistrent un nombre de CPN légèrement inférieur à la moyenne, tous villages confondus. Les villages bénéficiant d'une maternité enregistrent une large dispersion autour de la moyenne.

Deux villages de l'échantillon sont à la fois dépourvus de maternité et d'UVS: Wokpa et Odo Akaba. A 7 kilomètres de la maternité de Gbanlin par une mauvaise piste non desservie par les taxis, le village non officiel de Wokpa enregistre pourtant un score de peu inférieur à la moyenne. De plus toutes les femmes ont accouché en maternité. Cela confirme le fort attrait qu'exerce la SMI sur ce village de colons venus du Sud. Il est loin d'être sûr que, placées dans la même situation, les femmes des autres villages agiraient de la même façon. Il suffit d'observer la chute du nombre de CPN à Toui PK après le décès de la matrone, à l'automne 1994. Pour Odo Akaba, le nombre de CPN (5,3) est supérieur à la moyenne. La réputation et l'accessibilité de l'hôpital Saint-Martin l'explique sans doute.

¹ Et un peu moins par grossesse, puisqu'il y a sans doute eu quelques grossesses gémellaires, non recensées dans cet échantillon.

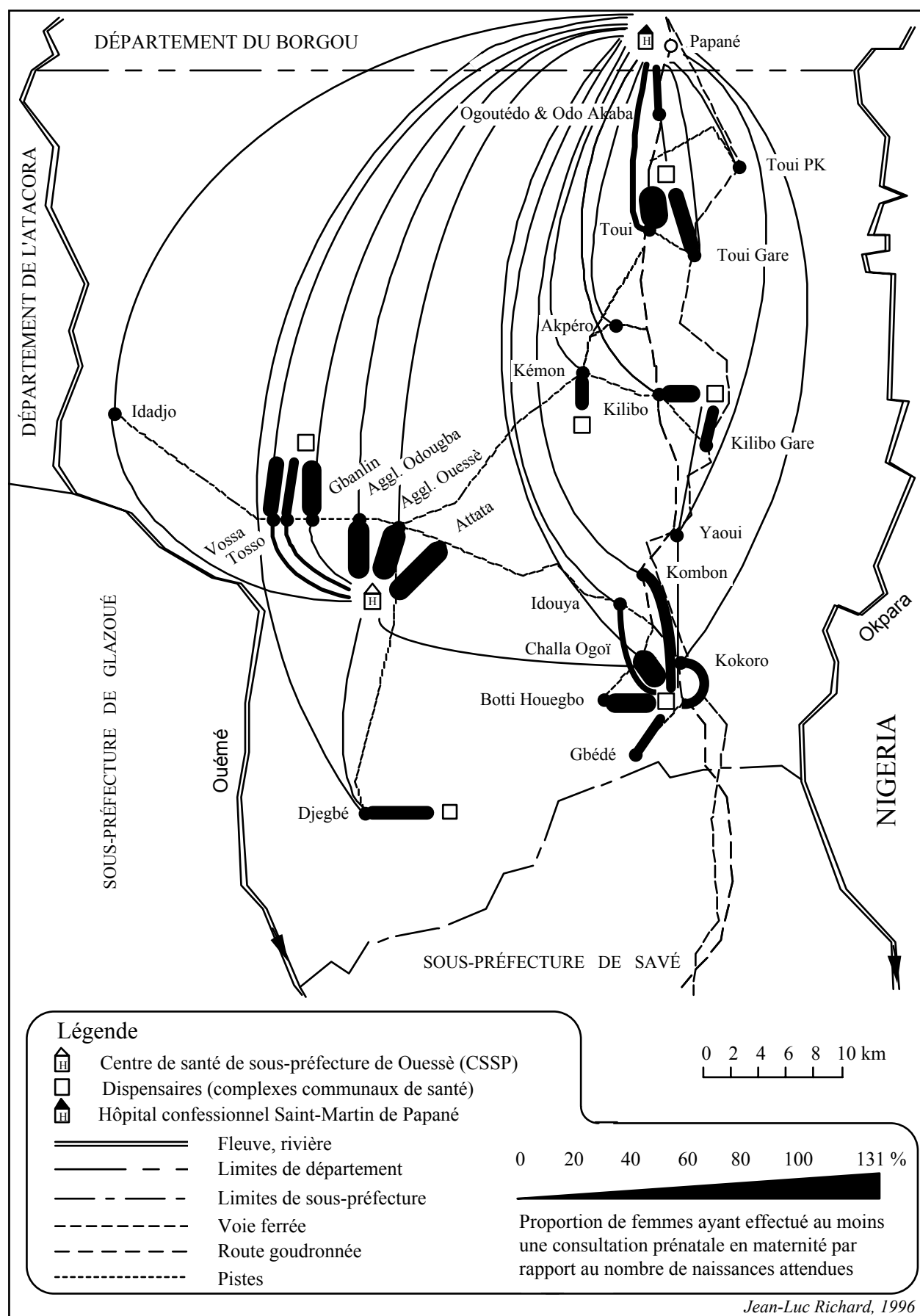


Figure 117 Espace de soins par localité des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour les consultations prénatales, en 1994.

Pour 293 accouchements, 8 femmes (3 %) n'avaient au préalable suivi aucune CPN, 92 (31 %) en avaient suivi au moins une en UVS et 199 (66 %) en maternité (y compris quelques cas d'utilisation conjointe d'une UVS et d'une maternité ou de deux maternités). Hormis les quelques femmes *peul* de Gbaffo, celles qui n'ont pas effectué de CPN habitent toutes des villages de l'Est (Gbédé, Kilibo, Akpéro et Toui PK), qui disposent cependant tous d'une UVS dispensant de telles consultations ou une maternité¹. Quoiqu'il en soit, la proportion de femmes qui renoncent aux CPN est remarquablement faible. Ce type de prestations est maintenant ancré dans les habitudes, au point de devenir la règle dans toute la sous-préfecture².

Tableau 87 Nombre de consultations prénatales par accouchement et village; nombre de femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale par type de recours et niveau hiérarchique des maternités (source: enquête domiciliaire, 1995).

			Hors maternité				En maternité										
			N		N/acc.		Aucune		% UVS		% CCS		% CSSP		% S.Martin		% Hors SP
Idadjo	176	4.5	0	0	38	97	0	0	1	100	0	0	0	0	1	3	
Wokpa	137	4.7	0	0	0	0	26	90	0	0	0	0	3	10	29	100	
Gbanlin	119	5.4	0	0	0	0	22	92	0	0	2	8	0	0	24	100	
Djegbé	213	6.3	0	0	0	0	32	89	2	6	2	6	0	0	36	100	
Attannondoho	85	4.7	0	0	0	0	0	0	17	100	0	0	0	0	17	100	
Gbaffo	30	2.3	3	23	0	0	0	0	8	80	2	20	0	0	10	77	
Adougou	74	3.9	0	0	0	0	0	0	19	100	0	0	0	0	19	100	
Attata	104	4.7	0	0	9	41	2	15	10	77	0	0	1	8	13	59	
Gbédé	75	4.4	2	12	12	70	3	100	0	0	0	0	0	0	3	18	
Kilibo	116	5.3	1	5	0	0	20	95	0	0	0	0	1	5	21	95	
Akpéro	141	5.4	1	4	21	84	3	100	0	0	0	0	0	0	3	12	
Toui PK	73	4.6	1	5	11	58	1	14	0	0	4	57	2	29	7	37	
Odo Akaba	84	5.3	0	0	1	6	0	0	0	0	15	94	1	6	16	94	
Total	1427	4.9	8	3	92	31	109	46	57	36	25	14	8	4	199	66	

Parmi les femmes ayant effectué au moins une CPN, toutes celles qui disposent d'une maternité dans le village y recourent. Par contre, une part variable, mais généralement assez faible des femmes bénéficiant de la proximité d'une UVS, se déplacent tout de même vers une maternité, parfois en plus des visites à l'UVS (de 3 % à Idadjo à 59 % à Attata, où le CSSP de Ouessè semble depuis peu supplanter l'UVS locale pour les CPN). Les femmes de Wokpa et d'Odo Akaba, qui ne disposent ni d'une UVS ni d'une maternité, préfèrent se rendre directement à la maternité de Gbanlin, pour les premières, et à celle de l'hôpital Saint-Martin, pour les secondes, plutôt qu'à l'UVS de leur village officiel de rattachement. La distance à parcourir n'est que de peu supérieure et la qualité des prestations, y compris la présence permanente de chloroquine et de fer combiné avec de l'acide folique, y est supérieure.

Parmi les femmes recourant à une maternité pour la CPN, 4 % sont sorties de la sous-préfecture. A l'exception peut-être d'une femme de Toui PK qui est allée une fois au CSSP de Tchaourou, en plus de l'hôpital Saint-Martin et de l'UVS locale, il ne s'agit pas de femmes allant rechercher hors de la sous-préfecture ce qu'elles pensent ne pas trouver localement. Il

¹ Sauf Toui PK pour la fin de l'année de référence, suite au décès de la matrone.

² Sans UVS et éloignées de l'UVS de Toui PK et plus encore de la maternité de Toui et de l'hôpital Saint-Martin, la plupart des femmes d'Ayétoro, gros hameau de colonisation agricole sur l'Okpara, ne pratiquent probablement pas la consultation prénatale. La piste les desservant est de plus mauvaise, surtout à la saison des pluies.

s'agit de femmes nouvellement arrivées (colons de Wokpa et d'Odo Akaba surtout) qui ont suivi la CPN dans leur localité d'origine avant de déménager.

Si l'on observe maintenant quelles sont les maternités de la sous-préfecture utilisées, on constate encore une fois que prévaut une logique de proximité. De plus, les rares femmes qui ont visité une maternité qui n'est pas la plus proche ont aussi une fois sur deux fréquenté la maternité locale. Il en va ainsi à Gbanlin (2 cas) où la maternité, populaire, assure un contrôle social assez serré sur les femmes enceintes. Par contre deux femmes de Gbaffo, hameaux *peul* en périphérie de l'agglomération de Ouessè, sont allées en CPN à l'hôpital Saint-Martin, sans passer au préalable par le CSSP. Dans une localité de cette taille, le contrôle est beaucoup plus limité. De plus, les *Peul* passent pour de fortes têtes ayant leurs habitudes particulières, que les agents de santé admettent plus ou moins, faute de pouvoir les modifier. Ce désintérêt souvent teinté de condescendance, si ce n'est plus, n'encourage évidemment pas les femmes *peul* à fréquenter la CPN, d'autant plus qu'elles connaissent des règles de pudeur a priori incompatibles avec de telles consultations. Aller en CPN à l'hôpital confessionnel plutôt qu'au CSSP constitue peut-être une stratégie d'évitement, permettant de ne pas s'humilier devant des personnes qui vous méprisent... et que vous pourriez croiser à maintes reprises dans l'agglomération de Ouessè.

d) Espace de soins pour les accouchements

A partir de l'ensemble des taux d'accouchement en maternité, calculés pour délimiter les espaces médicaux des services de santé pour les accouchements, nous pouvons maintenant dresser la carte de l'espace de soins des parturientes. Tout comme la carte sanitaire pour les soins curatifs ne prenait en compte que les malades ayant recouru à un service de santé, la carte sanitaire pour les accouchements néglige toutes les naissances hors maternité. Ces deux restrictions ne portent pas à conséquence car elles ne restreignent pas l'extension des espaces de soins. Il faut toutefois garder en mémoire que les espaces de soins commencent souvent, si ce n'est toujours, par le domicile. Pour la plupart des villages ne disposant pas d'une maternité, les matrones des UVS jouent encore un rôle important dans l'accouchement. Elles relèvent toutes de l'espace de soins local puisque l'on ne se déplace jamais vers l'UVS d'un autre village pour accoucher, sauf chez les *Nagot* si l'on est originaire d'un autre village. Dans ce cas, ce n'est pas l'UVS en tant que telle qui est attractive, mais la présence de la mère et de la famille.

Pour une localité, le total des taux d'accouchement en maternité dans les différentes maternités utilisées indique également la proportion des naissances qui ne se sont pas déroulées dans une maternité, proportion que nous pourrions appeler taux de perte. Comme nous ne connaissons pas le volume d'activité des UVS, il ne nous est pas possible de faire la part entre les accouchements en UVS et les accouchements à domicile, sans aucune aide spécialisée (sage-femme, infirmière ou matrone). Cependant, avec l'enquête auprès de 650 ménages répartis dans 13 villages, nous disposons d'un précieux complément d'information sur les modes et les lieux d'accouchements, pour tous les enfants de ces ménages nés dans l'année précédant notre passage.

En 1994, le taux d'accouchement en maternité est de 62,6 % dans la sous-préfecture de Ouessè (cf. Tableau 88). Bien que cette proportion soit élevée pour l'Afrique subsaharienne, il subsiste donc tout de même un bon tiers d'accouchements sans l'assistance d'au moins une infirmière. Les six maternités de CCS assurent ensemble la majorité des accouchements en maternité de la sous-préfecture (56 % du total), suivies par la maternité du CSSP de Ouessè (39,1 %) et, très loin derrière par l'hôpital Saint-Martin (4,9 %). L'utilisation des différents niveaux hiérarchiques est donc plus équilibrée pour les accouchements que pour les soins

curatifs: le niveau de base assure l'essentiel des accouchements, alors que sommet de la pyramide sanitaire ne reçoit que très peu de parturientes, souvent référées.

Le taux d'accouchement en maternité est sensiblement plus élevé à l'ouest qu'à l'est de la sous-préfecture (respectivement 70 % et 55,1 %). Le clivage entre localités disposant ou non d'une maternité est beaucoup plus élevé: le taux d'accouchement en maternité est de 95,7 % dans les premières et de seulement 20,2 % dans les secondes (test du χ^2 , $p = 0,0001$). Comme 53,8 % des habitants de l'Est habitent une localité sans maternité, contre seulement 33,9 % de ceux de l'Ouest, il est normal que le taux d'accouchement global en maternité soit plus faible à l'Est qu'à l'Ouest. Pour les seules localités possédant une maternité, le taux d'accouchement est par contre sensiblement plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest (respectivement 103,7 % et 89,3 %; $p = 0,04$). Cela implique donc que, aux erreurs d'estimation du nombre de naissances attendues près, toutes les femmes de l'Est n'ayant aucune difficulté d'accessibilité accouchent en maternité, alors que tout de même plus de 10 % des femmes de l'Ouest connaissant la même situation favorable accouchent hors maternités, à domicile en l'occurrence puisque ces localités ne disposent pas d'UVS en sus de maternités. Ce moins bon résultat est uniquement imputable à l'agglomération de Ouessè dont le taux d'accouchement en maternité est de 85 %, alors qu'il est de 99 % à Djegbé et de 107,6 % à Gbanlin. Toute autre est la situation dans les localités ne disposant pas d'une maternité. Le taux d'accouchement s'effondre à 30,8 % pour l'Ouest et même à 13,4 % pour l'Est ($p = 0,0001$). D'un village à l'autre, les variations sont toutefois énormes, aussi bien à l'Est (1,8 % à Akpéro contre 37,6 % à Kilibo Gare) qu'à l'Ouest (3,6 % à Idadjo contre 51,9 % à Vossa).

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le taux d'accouchement en maternité par localité est donc essentiellement lié à l'existence ou non d'une maternité dans la localité. Là où une telle infrastructure sanitaire existe, toutes les femmes l'utilisent (à Gbanlin, Djegbé, Kémon et Toui) ou presque (dans l'agglomération de Ouessè, à Challa Ogoï et à Kilibo). Là où il n'y en a pas, le taux d'accouchement en maternité s'effondre, les femmes de l'Est étant beaucoup plus réticentes à quitter leur village pour accoucher (sauf pour retourner dans le village de leur mère) que celles de l'Ouest.

Si les villages disposant d'une maternité enregistrent des taux d'accouchement en maternité très élevés, cela est uniquement dû à l'utilisation de la maternité locale. Le recours à une autre maternité, de niveau plus élevé mais aussi plus éloignée, reste marginal pour ces localités bénéficiant d'une offre locale (81 accouchements sur 1'478, soit 5,5 %). Par exemple, le taux global d'accouchements en maternité de 85,1 % pour les femmes de l'agglomération de Ouessè se décompose en 82,4 % assurés par le CSSP et seulement 2,7 % réalisés par l'hôpital Saint-Martin. Au maximum (à Gbanlin), seules 12,7 % des femmes enceintes habitant un village avec une maternité vont accoucher dans une autre maternité.

Dans le choix d'une maternité, les femmes habitant des localités sans maternité privilégient également la proximité. Sur 244 accouchements en maternité effectués par des femmes habitant des villages dépourvus de maternité, seuls 23 (9,4 %) se sont déroulés dans une maternité qui n'était pas la plus proche du domicile. Ce n'est que dans de rares villages que la proximité semble fortement concurrencée par d'autres facteurs. Comme pour les soins curatifs, il s'agit des villages très éloignés de tout service de santé, dont les taux d'accouchement et d'utilisation sont très bas et qui tendent à recourir directement au CSSP ou à l'hôpital Saint-Martin lors de leurs rares contacts avec un service de santé. Les deux seules femmes d'Idadjo ayant accouché dans une maternité en 1994 sont allées au CSSP de Ouessè et non pas au CCS de Gbanlin. Les quelques parturientes de Gbédé et de Yaoui ayant accouché en maternité étaient tiraillées entre leurs CCS respectifs et l'hôpital Saint-Martin. Le seul accouchement en maternité

pour Akpéro s'est déroulé à l'hôpital Saint-Martin et non pas au CCS de Kémon. La distance n'est ici pas en cause (5 kilomètres), mais bien un conflit intervillageois tenace.

Tableau 88 Taux d'accouchement en maternité par rapport au nombre de naissances attendues, par localité et maternité en 1994 (sources: registre des hospitalisés, registres des accouchements et recensement de 1992 réactualisé).

		St-Martin		CSSP		Gbanlin		Djégbé		Ch.Ogoï		Kémon		Kilibo		Toui		Total	
	Natt	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ouessè	134	?	?	140	104.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Adougou	43	?	?	35	80.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Zogba Gaou	48	?	?	26	54.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Lakoko	31	?	?	20	65.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Attata	26	0	0.0	7	27.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	27.1
Com. Ouessè	281	?	?	228	81.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Laminou	146	?	?	139	95.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Kpassa	81	?	?	54	66.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Botti	80	?	?	56	70.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Gbémé	70	?	?	52	74.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Attannondoho	32	?	?	25	77.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Com. Laminou	408	?	?	326	79.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Aggl. Ouessè	664	18	2.7	547	82.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	565	85.1
Odougba	91	?	?	17	18.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Zogba Trékou	45	?	?	4	9.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Tchédjannagnon	25	?	?	10	39.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Dokoundoho	30	?	?	15	50.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
N'gbéhouédo	85	?	?	38	45.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	?	?
Com. Odougba	275	1	0.4	84	30.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	85	30.9
Gbanlin	126	0	0.0	16	12.7	120	94.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	136	107.6
Tosso	25	0	0.0	2	8.0	3	12.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	20.1
Vossa	89	0	0.0	6	6.8	40	45.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	46	51.9
Idadjo	56	0	0.0	2	3.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.6
Com. Gbanlin	296	0	0.0	26	8.8	163	55.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	189	63.9
Com. Djégbé	125	0	0.0	12	9.6	0	0.0	112	89.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	124	99.0
Idouya	36	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	5.5
Kokoro	86	5	5.8	1	1.2	0	0.0	0	0.0	11	12.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	19.8
Challa Ogoï	73	2	2.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	67	91.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	69	94.5
Botti Houegbo	20	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	50.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	50.1
Gbédé	43	1	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	7.0
Kombon	46	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	10.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	10.9
Com. Ch. Ogoï	304	8	2.6	1	0.3	0	0.0	0	0.0	97	31.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	106	34.9
Yaoui	68	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	2.9	0	0.0	3	4.4
Kilibo	243	13	5.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	196	80.6	0	0.0	209	85.9
Kilibo Gare	51	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	35.6	0	0.0	19	37.6
Com. Kilibo	362	15	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	216	59.7	0	0.0	231	63.9
Kémon	161	8	5.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	186	115.6	0	0.0	0	0.0	194	120.6
Akpéro	55	1	1.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.8
Com. Kémon	216	9	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	186	86.2	0	0.0	0	0.0	195	90.3
Toui	159	12	7.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	176	110.6	188	118.2
Toui Gare	128	3	2.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	18	14.0	21	16.3
Toui PK	92	7	7.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	7.6
Ogoutédo	115	11	9.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	9.6
Com. Toui	495	33	6.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	194	39.2	227	45.9
Total ouest SP	1386	19	1.4	676	48.8	163	11.8	112	8.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	970	70
Total est SP	1376	65	4.7	1	0.1	0	0.0	0	0.0	97	7.0	186	13.5	216	15.7	194	14.1	759	55.1
Tot. avec mater.	1552																	1485	95.7
Tot. sans mater.	1210																	244	20.2
Total	2762	84	3.0	677	24.5	163	5.9	112	4.1	97	3.5	186	6.7	216	7.8	194	7.0	1729	62.6

La carte de synthèse (Figure 118) montre bien l'exiguïté de l'espace médical des habitantes de la sous-préfecture de Ouessè pour les accouchements. On se souvient que pour les soins curatifs, chaque village dépend d'au moins deux services de santé. Pour les accouchements, au contraire, huit localités ne dépendent que d'une seule maternité, quatorze de deux maternités, et une seule, Kokoro, de trois. Encore faut-il relativiser cette vision maximaliste de l'espace de soins pour les accouchements. L'attraction entre certains villages et maternités est en effet si faible qu'elle peut être considérée comme nulle ou presque. Cette très faible attraction recouvre deux cas de figure:

- des localités dépendant marginalement d'une seconde maternité éloignée, en plus de la maternité locale fortement utilisée (Ouessè, Odougba, Kémon, Kilibo et Toui par exemple);
- des villages dépendant d'une seule maternité (Idadjo, Idouya, Kombon, Akpéro, Toui PK et Ogoutédo & Odo Akaba), plus rarement de deux maternités (Gbédé et Yaoui), qui l'utilisent très peu du fait de son éloignement.

Dans ces huit derniers villages, au moins 89 % des accouchements se déroulent à l'UVS ou à domicile. Leur espace de soins se réduit donc pour ainsi dire au village de domicile pour les accouchements. Toutefois, ces quelques accouchements effectués en maternité prouvent qu'en cas de besoin (accouchements dystociques et tout particulièrement césariennes) les femmes de ces villages peuvent élargir leur espace de soins. En d'autres termes, toutes les localités de l'Ouest appartiennent pour les accouchements, au moins potentiellement, à l'espace de soins du CSSP et toutes celles de la sous-préfecture de Ouessè à celui de l'hôpital Saint-Martin, même si le nombre de parturientes venant de certains de ces villages est faible, voire nul certaines années.

Nous avons vu que 37,4 % des femmes ont accouché hors d'une maternité en 1994 dans la sous-préfecture de Ouessè. Où ces accouchements se sont-ils donc déroulés? En UVS avec l'aide d'une matrone, ce qui est vivement recommandé par les autorités sanitaires et les agents de santé, ou à la maison avec l'aide d'une parente, ce qui est souvent "interdit"? Seule l'exploitation de notre questionnaire, limité à un échantillon de population dans 13 villages, peut nous le dire.

Durant l'année précédant l'enquête, les 650 ménages interrogés ont enregistré 293 naissances, soit un taux de natalité de 56,3 ‰. Ce taux est donc un peu plus élevé que le taux communément utilisé dans les services de santé pour estimer le nombre attendu de naissances (50 ‰). Cela peut s'expliquer à la fois par le caractère profondément rural de la sous-préfecture de Ouessè et par la probable jeunesse relative de sa population, puisqu'il s'agit d'une terre d'immigration¹. Il se peut également que notre taux de natalité ne soit pas tout à fait exact puisque notre échantillon se veut non pas statistiquement représentatif (tirage aléatoire), mais illustratif d'un certain nombre de situations (choix raisonné).

Pour notre échantillon, 57,7 % des accouchements se sont déroulés en maternité, selon la déclaration des ménages. Cette proportion est assez proche de celle obtenue pour l'ensemble de la sous-préfecture (62,3 %), à partir d'une estimation du nombre de naissances attendues². Les UVS ont attirés 34,5 % des parturientes et seules 7,8 % d'entre elles ont accouché à domicile.

¹ Le taux de natalité le plus élevé, et de loin (81 ‰), est d'ailleurs enregistré à Wokpa, village fondé il y a une vingtaine d'années et peuplé uniquement de colons agricoles *fon*. Mais le taux de natalité le plus bas (38 ‰) est lui aussi relevé dans un village comptant beaucoup d'immigrants – Toui PK –, venant cette fois de l'Atacora, au nord-ouest du Bénin. Pour de petites populations, comme un village, le taux de natalité réel peut passablement varier d'une année à l'autre. Cela est encore plus vrai d'une estimation de ce taux à partir d'un échantillon, qui plus est pas aléatoire. Analyser nos taux de natalité par village est donc peu pertinent.

² Si nous avions calculé le nombre de naissances attendues pour 1994 à partir du taux de natalité découlant de notre enquête (56,9 ‰) plutôt que du taux officiel de 50 ‰, nous aurions obtenus à partir des registres des accouchements un taux d'accouchement en maternité de 57 %, presque identique à celui obtenu par sondage auprès de la population.

Cette dernière proportion est extrêmement faible comparée à d'autres régions d'Afrique rurale

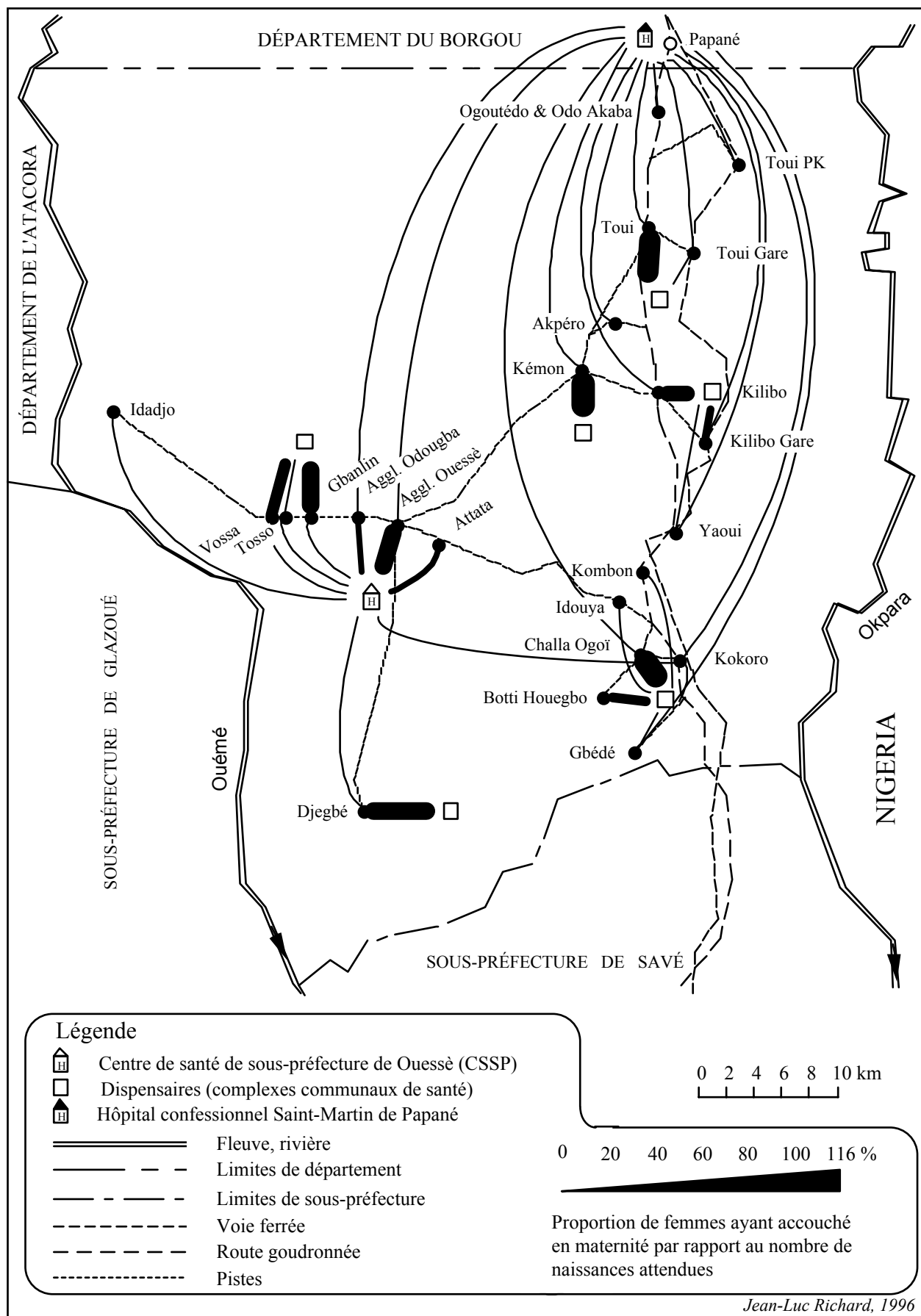


Figure 118 Espace de soins des habitants de la sous-préfecture de Ouessè pour les accouchements, en 1994.

disparités d'un village à l'autre. La disponibilité locale ou non d'UVS et de maternités, mais aussi l'ethnie expliquent ces différences. (PISANI, DIAOURÉ et WALET OUMAR, 1990). Une fois de plus, ces moyennes masquent d'importantes

Seules 13 femmes sur 115 (11,3 %) habitant une localité disposant d'une maternité n'ont pas accouché en maternité (généralement celle de leur localité). Deux d'entre elles sont allées dans une UVS de la région et 11 ont accouché à domicile, malgré la proximité d'une maternité. Cela confirme ce que nous a déjà indiqué l'exploitation des registres d'accouchements: l'accouchement en maternité constitue quasi la règle, lorsqu'il en existe une dans la localité. Deux cas de figure expliquent les 11 accouchements à domicile:

- l'effet de surprise (un cas). Il arrive occasionnellement que des femmes n'aient pas le temps de gagner la maternité, notamment parce qu'elles étaient aux champs, à plusieurs kilomètres du village, mais aussi parce qu'elles n'aiment pas rester longtemps en salle d'accouchement. Certaines femmes se rendent donc tardivement à la maternité, au risque d'accoucher en cours de route. Invoquer la surprise pourrait aussi masquer d'autres motifs non avouables;
- l'appartenance ethnique *peul* (10 cas).

D'une manière générale, les *Peul* préfèrent accoucher à domicile: sur 13 accouchements qu'ont enregistrés leurs hameaux inclus dans l'enquête, seuls 3 se sont déroulés à la maternité du CSSP de Ouessè. La raison généralement invoquée par ces femmes est qu'elles ont été "surprises" et donc qu'elles n'ont pas eu le temps de se rendre à la maternité. C'est également la raison invoquée par les femmes d'Odo Akaba, ne disposant pas localement d'une maternité ni d'une UVS, qui elles aussi accouchent assez volontiers à la maison. Comment expliquer que seules les femmes de deux villages se laissent surprendre, d'autant plus que le premier est à moins de 2 kilomètres d'une maternité et le second à 5 kilomètres, mais avec des taxis très fréquents? Il s'agit en fait pour les répondants de rendre acceptable un choix que l'on sait décrié par les agents de santé et les autorités. Une femme *peul* avance le manque d'argent pour motiver son accouchement à domicile, ce qui est plus vraisemblable que le trop grand éloignement avancé par une autre femme *peul*. Mais la principale raison des accouchements à domicile est sans doute à rechercher dans l'inadéquation entre la perception *peul* de la grossesse et de l'accouchement et celle du rôle de l'hôpital. Une seule femme *peul* est explicite à ce propos: "Je ne suis pas allée accoucher à l'hôpital car je ne suis pas malade. Seules les femmes malades vont accoucher à l'hôpital". L'hôpital serait donc uniquement un lieu de prise en charge de la maladie. Or les *Peul* considèrent, à juste titre, que la grossesse n'est pas une maladie en soi. La maternité n'est donc pas rejetée en bloc comme lieu adéquat pour les accouchements, mais elle est réservée aux femmes malades ou affaiblies. En quelque sorte, la pyramide sanitaire avec son système de référence est acceptée par les *Peul*, mais ils rajoutent un niveau supplémentaire à la base de celle-ci: le domicile.

Cette idée que les services de santé n'ont pas de vocation préventive se dessinait déjà en filigrane dans le faible recours par les femmes *peul* aux consultations prénatales et à la vaccination. En 1992, seules environ la moitié des femmes enceintes de Gbaffo se sont inscrites à la CPN, contre la quasi totalité des autres femmes des agglomérations de Ouessè et d'Odougba. Par contre, les 6 femmes inscrites (5 en 1993), y ont effectué en moyenne autant de CPN que les autres villageoises. Il y a là semble-t-il une perception culturelle fort différente des attributions d'un service de santé selon l'ethnie, la SMI rencontrant en général un grand succès. Il convient donc d'être particulièrement attentif à ce fait et de tenter d'y remédier progressivement en allant au-devant des *Peul* pour leur expliquer les bénéfices de la prévention et les avantages, au moins potentiels, d'un accouchement en maternité. L'organisation depuis 1994 de séances de vaccination décentralisées à Gbaffo est une première action majeure dans ce

sens. Encore faut-il que l'attitude des agents de santé, lors des visites des *Peul* à l'hôpital, ne contrecarrent pas cette excellente initiative du médecin-chef. Tenus par les membres des autres groupes ethniques pour des ignorants, voire des demeurés, faciles à rouler, ils bénéficient auprès des commerçants d'un "prix *peul*"¹. Des indices nous ont suggéré que certains agents de santé exploitent la même veine. La discrimination financière n'est qu'un aspect des relations particulières entre les *Peul* et les autres ethnies. Elles n'épargnent malheureusement pas les services de santé et les *Peul* en sont conscients, bien qu'ils l'affirment rarement aussi explicitement que cette femme de Gbaffo parlant du CSSP de Ouessè: "Là-bas, on nous traite comme des animaux!".

Tableau 89 Nombre total de naissances par village et lieu d'accouchement, en 1994 (enquête domiciliaire, 1995).

	Naissances	Taux natalité	A domicile		En UVS		En maternité	
	N	‰	N	%	N	%	N	%
<i>Idadjo</i>	39	73	0	0	38	97	1	3
<i>Wokpa</i>	29	84	0	0	1	3	28	97
Gbanlin	22	61	0	0	1	4	21	95
Djégbé	34	71	0	0	1	3	33	97
Attannondoho	18	46	1	6	0	0	17	94
Adougou	19	45	0	0	0	0	19	100
Gbaffo	13	51	10	77	0	0	3	23
<i>Attata</i>	22	59	0	0	15	68	7	32
<i>Gbedé</i>	17	47	1	6	13	76	3	18
Kilibo	22	45	0	0	0	0	22	100
<i>Akpéro</i>	26	65	0	0	24	92	2	8
<i>Toui PK</i>	16	39	3	19	8	50	5	31
Odo Akaba	16	41	8	50	0	0	8	50
Total	293	56	23	8	101	34	169	58

N. B. les villages en gras sont dotés d'une maternité (CCS ou CSSP à moins de 2 kilomètres);

les villages en italique sont dotés d'une UVS;

les villages écrits en caractères normaux ne disposent ni de maternité ni d'UVS.

Sur les 120 accouchements de femmes habitant un village disposant d'une UVS, 98 (81,7 %) s'y sont déroulés, alors que seulement 4 (3,3 %) ont eu lieu à domicile et 18 (15 %) dans une maternité. On voit une fois de plus l'importance accordée à l'accouchement à un niveau local, même si cela implique de se contenter d'une UVS. Trois des quatre accouchements à domicile concernent le village de Toui PK. La matrone y est décédée quelques mois avant notre enquête. Pendant la période prise en compte par cette dernière, certaines femmes bénéficiaient donc des services d'une UVS alors que d'autres non. Les trois femmes ayant accouché à domicile ont affirmé l'avoir fait parce qu'elles n'avaient plus de matrone, deux rajoutant qu'elles n'avaient pas d'argent et la troisième que la maternité (sous-entendu celle de l'hôpital Saint-Martin) était loin.

¹ Paradoxalement, les *Peul* passent aussi collectivement pour des gens riches, notamment à cause de leurs troupeaux qui constituent un capital important facile à réaliser (dans certains secteurs au moins, comme à Akpéro, une partie du bétail gardé par les *Peul* appartient en fait aux villageois). Peut-être que ceux qui croient rouler les autres ne sont en définitive pas les plus fûtés. Reconnaître la richesse, toute relative, des *Peul*, c'est l'admettre implicitement.

Restent deux villages, si l'on excepte le cas de Toui PK en transition au moment de l'enquête, qui ne disposent ni d'une maternité, ni d'une UVS: Wokpa et Odo Akaba, tous deux villages non officiels malgré une taille respectable. Le comportement des femmes face à l'accouchement y est très différent. Dans le premier cas, toutes les femmes recourent à l'aide d'une spécialiste, malgré la distance, la mauvaise piste et l'absence de taxi: 28 à la maternité de Gbanlin (7 kilomètres) et 1 à l'UVS de Tosso (5 kilomètres). A Odo Akaba par contre, la moitié d'entre elles accouchent à domicile et l'autre moitié à la maternité de l'hôpital Saint-Martin, à 4 kilomètres par une route goudronnée. Il est possible que l'appartenance ethnique des habitants de ces deux villages de colons agricoles (respectivement des *Fon* et des *Nagot* associés à des immigrés de diverses ethnies de l'Atacora) ne soit pas étrangère à cette différence.

Remarquons encore qu'aucune femme d'Odo Akaba n'utilise l'UVS d'Ogoutédo, village de rattachement officiel à 2,5 kilomètres. La concurrence de l'hôpital Saint-Martin, à peine plus éloigné et facilement accessible est en effet rude. Mais il existe peut-être une autre raison. Vu la taille d'Odo Akaba et la distance le séparant d'Ogoutédo, ses habitants essaient d'obtenir le statut de village officiel, ce qui implique de ne pas faire montre de dépendance envers lui. Ces velléités, naturellement combattues par les habitants d'Ogoutédo, créent des tensions entre les deux villages, ce qui n'incite guère à se fréquenter, quel qu'en soit le motif.

Tableau 90 Type de maternités utilisées pour l'accouchement, par village en 1994 (source: enquête domiciliaire, 1995).

	CCS		CSSP		Hôp. St-Martin		Maternité hors SP	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	0	0	1	100	0	0	0	0
Wokpa	23	82	3	11	0	0	2	7
<i>Gbanlin</i>	21	100	0	0	0	0	0	0
<i>Djegbé</i>	28	85	3	9	2	6	0	0
Attannondoho	0	0	17	100	0	0	0	0
Adougou	0	0	19	100	0	0	0	0
Gbaffo	0	0	3	100	0	0	0	0
Attata	2	29	4	57	0	0	1	14
Gbédé	1	33	0	0	2	67	0	0
<i>Kilibo</i>	22	100	0	0	0	0	0	0
Akpéro	1	50	0	0	0	0	1	50
Toui PK	1	20	0	0	3	60	1	20
Odo Akaba	0	0	0	0	8	100	0	0
Total	99	58	50	30	15	9	5	3

N. B. les villages en gras sont à moins de 2 kilomètres du CSSP de Ouessè;
 les villages en italique sont dotés d'un CCS;
 les villages écrits en caractères normaux ne disposent ni de CCS ni de CSSP.

Lorsqu'une femme accouche dans une UVS, il s'agit quasi toujours de celle du village qu'elle habite. Quant elle utilise une maternité, elle recourt surtout à l'établissement local ou le plus proche. Le poids de la proximité dans le choix d'une maternité ressort d'ailleurs encore plus dans notre enquête (cf. Tableau 90) que dans l'analyse des registres d'accouchements. Selon cette dernière, il est en effet fréquent que les femmes disposant localement d'une maternité n'en

utilisent aucune autre. C'est le cas des villages de l'agglomération de Ouessè, de Gbanlin et de Kilibo. Les femmes de Djegbé utilisent également, mais faiblement, les maternités du CSSP de Ouessè et de l'hôpital Saint-Martin en sus de leur CCS. Une fois de plus, il est clair que le CCS de Toui ne peut pas concurrencer l'emprise de l'hôpital Saint-Martin sur les villages du nord de son aire d'attraction officiel (Toui PK et Odo Akaba). Le seul accouchement effectué en maternité de CCS pour Akpéro s'est déroulé à Kilibo et non pas à Kémon, manifestation supplémentaire de l'aversion des habitants d'Akpéro envers ceux de Kémon.

Les accouchements dans des maternités extérieures à la sous-préfecture (celle de l'hôpital Saint-Martin, juste derrière la frontière, exceptée), sont très rares (5 sur 169, soit 3 %). Elles concernent toutes des femmes *nagot* ou *fon* qui sont probablement retournées dans leur village d'origine pour accoucher ou qui n'habitaient pas encore la sous-préfecture lors de l'accouchement.

e) **Fonctionnement du système de référence**

Nous venons de voir que l'espace de soins des différents villages de la sous-préfecture ne correspond que partiellement aux espaces médicaux officiels des services de santé devant les desservir, selon la hiérarchie des services mise en place par le Ministère de la santé. Est-ce à dire que les patients ne respectent pas la hiérarchie sanitaire et/ou que le système de référence ne fonctionne pas correctement?

Nous avons déjà relevé dans la première partie de cette thèse que la plupart des systèmes de référence mis en place dans les pays en voie de développement fonctionnent mal voire pas du tout. Le Bénin ne fait pas exception. Dans le cas précis de la sous-préfecture de Ouessè, mais cela est sans doute valable bien au-delà, ce dysfonctionnement s'explique par la faible propension des agents de santé à référer, alliée à la pratique massive de ce que nous avons appelé l'autoréférence, c'est-à-dire la décision prise par le malade ou son entourage de poursuivre ailleurs le traitement, sans demander l'avis du premier thérapeute consulté. Dans les faits, ce phénomène se traduit, comme nous l'avons vu, par un nombre élevé d'épisodes enregistrés dans les centres de santé ne donnant lieu qu'à une seule visite. L'agent de santé perd ensuite le contact avec le malade, sans savoir si le traitement prescrit a été efficace ou si le patient poursuit ailleurs sa quête thérapeutique.

Mais ce qui met sans doute le plus à mal le bon fonctionnement du système de référence, c'est l'évitement relativement fréquent du niveau de base, voire des deux niveaux les plus bas dans la hiérarchie sanitaire (dispensaire et CSSP) au profit d'un centre de santé de rang plus élevé. Cette entrée des patients dans le système de santé directement à un niveau intermédiaire peut être considérée comme un cas particulier d'autoréférence, que nous appellerons autoréférence primaire par opposition à l'autoréférence secondaire pratiquée lorsque le patient rentre dans le système de santé par le service de base prévu à cet effet, mais qu'il le quitte ensuite de son propre chef pour continuer ailleurs le traitement. Il arrive en effet souvent que le malade, instruit par l'expérience ou suivant les conseils d'un entourage plus avisé, se dirige d'emblée vers un service de niveau intermédiaire, en l'occurrence vers le CSSP de Ouessè ou vers l'hôpital Saint-Martin, et cela parfois même s'il bénéficie d'un dispensaire à sa porte. Nous avons toutefois vu que le "boycott" du niveau sanitaire de base est particulièrement le fait de patients habitant suffisamment loin pour devoir envisager un déplacement motorisé. Lorsqu'une telle course devient nécessaire, un premier seuil est franchi et la distance importe alors relativement peu. On préfère souvent dans ce cas aller directement dans un centre de santé qui maximise les chances de guérison.

Le système de référence n'étant quasiment pas fonctionnel dans la sous-préfecture de Ouessè, on peut considérer comme libre le choix, par le malade et son entourage, des étapes de l'itinéraire thérapeutique. Cette liberté ne s'entend évidemment pas dans le sens où le choix ne répondrait à aucune contrainte, mais bien dans celui où aucun agent de santé ne peut imposer au malade un point d'entrée dans le système de santé, ni réellement diriger par la suite son itinéraire thérapeutique. Tout au plus peut-il tenter de l'orienter. Nous avons longuement vu que cette absence de contrainte institutionnelle directe¹ ne débouche pas sur une utilisation aléatoire des différents services de santé modernes à disposition. Tout comme le système de référence défaillant, l'autoréférence primaire et secondaire, qui s'est largement substituée à lui, répond à des règles, ou du moins à des principes, qui pour n'être pas explicites, n'en sont pas moins réels.

Les modalités et les documents de référence sont assez divers dans la sous-préfecture de Ouessè. Pour les cas les plus aigus, notamment les femmes en couches nécessitant une césarienne, la référence prend la forme d'une évacuation urgente. Les patients évacués du CSSP de Ouessè font figure de privilégiés. Un matelas est posé sur le pont arrière de l'un des deux véhicules de l'hôpital, qui se transforme alors en ambulance. Un prix forfaitaire, censé tout juste couvrir l'essence et l'usure du véhicule, est demandé. Il varie selon la distance. Avant la dévaluation, il se montait par exemple à 7'000 F CFA pour une évacuation vers l'hôpital Saint-Martin, de loin le cas de figure le plus fréquent. Ce prix est inférieur à celui demandé par un chauffeur de taxi. De collectifs, les taxis deviennent privés lors d'une évacuation. Un tel déplacement depuis Ouessè et environs vers l'hôpital Saint-Martin coûtait de 7'000 à 10'000 FCFA avant la dévaluation, contre seulement 500 FCFA pour une place dans un taxi collectif.

Un patient référé par un CCS au CSSP de Ouessè ou à l'hôpital Saint-Martin s'y rendra en taxi collectif, voire à moto, s'il n'y a pas urgence et s'il peut être transporté assis. Dans le cas contraire, il est nécessaire d'affréter tout spécialement un taxi, ce qui n'est guère aisé, prend du temps et coûte cher. Les taxis quittent en effet l'ouest de la sous-préfecture le matin et y reviennent en fin d'après-midi. De 9 heures à 16 heures environ, il est quasi impossible de trouver un taxi dans cette partie de la sous-préfecture. A deux ou trois exceptions près, les voitures individuelles y sont inconnues. En dehors de la journée, il faut aller quérir un taxi au domicile du propriétaire, qui n'est pas le chauffeur. Pour l'ouest de la sous-préfecture, on en trouve dans toutes les grosses localités: agglomérations de Ouessè, d'Odougba, de Djegbé, villages de Gbanlin et de Vossa. Dans l'est de la sous-préfecture, les taxis sont plus nombreux à circuler à cause du grand axe goudronné. Mais les évacuations n'y sont pas forcément plus simples. Tous ces taxis sont déjà pleins (selon les normes du constructeur!) ou surchargés. Il est donc très difficile d'affréter un taxi de passage. De plus, à cause même de cette bonne desserte, les propriétaires locaux de taxis sont rares. Mais on en trouve au moins un dans chaque village abritant un centre de santé. Mais là encore, ces taxis ne sont pas disponibles durant la journée. En définitive, une évacuation constitue un hybride entre le parcours du combattant et le jeu "hâte toi lentement", tant l'urgence semble parfois relative, même au CSSP de Ouessè, qui pourrait théoriquement évacuer un patient en quelques minutes.

Pour les références des CCS vers le CSSP, il n'existe pas de documents ad hoc. Tous les patients possèdent un petit carnet de santé, dans lequel chaque consultation et traitement sont consignés. L'infirmier qui réfère peut y ajouter un message particulier pour le médecin qui recevra ce patient. L'infirmier demande ensuite au patient de se rendre dans tel ou tel service de santé pour une meilleure prise en charge et lui en laisse l'initiative. A supposer que le patient suive cette recommandation, il est bien rare qu'il revienne ensuite voir l'infirmier qui l'a référé. Lors d'une hypothétique consultation ultérieure, pour un autre épisode de maladie, l'infirmier

¹ On peut considérer que la localisation des services de santé et les prix qu'ils pratiquent constituent par contre des contraintes institutionnelles indirectes, qui conditionnent le recours ou non à tel ou tel service de santé.

pourra feuilleter le carnet et voir le diagnostic et le traitement proposé par le centre de référence. Il satisfera ainsi son éventuelle curiosité, mais ces informations ne seront d'aucune utilité médicale pour le patient.

Comme l'hôpital Saint-Martin constitue de fait le principal centre de référence pour les services de santé publiques de la sous-préfecture¹, le PMSBS a créé une feuille de référence et de contre-référence ad hoc pour accompagner les patients évacués des CSSP de Ouessè et de Tchaourou vers l'hôpital Saint-Martin. Le document de contre-référence devrait être récupéré par le chauffeur du CSSP, lors d'une évacuation ultérieure. Pour les agents du CSSP, ce document est le seul moyen de connaître le diagnostic et le traitement proposés par l'hôpital confessionnel. Disposant de dossiers médicaux par patient restant à l'hôpital, en fait une simple fiche, les agents de l'hôpital Saint-Martin ne remplissent en effet jamais les carnets de santé des patients. La rédaction des documents de contre-référence constitue d'ailleurs pour les médecins une surcharge administrative, qu'ils acceptent dans la mesure où les CSSP se montrent désireux de les recevoir.

Après des débuts prometteurs, la circulation des documents de référence et de contre-référence entre les deux CSSP et l'hôpital confessionnel s'est assez rapidement grippée. Les griefs du médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin sont les suivants:

- alors que dans un premier temps la feuille de référence était bien rédigée, par le médecin, elle est progressivement devenue moins rigoureuse, au point d'être parfois simplement signée "l'infirmier de garde". Cela est en tous cas valable pour le CSSP de Tchaourou;
- les fiches de contre-référence ne sont plus récupérées par le chauffeur du CSSP de Ouessè (nous ignorons ce qu'il en est pour le CSSP de Tchaourou).

Si le médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin souhaite profiler encore plus son établissement comme un centre de référence, il ne tient pas à ce qu'il serve de "bouche-trous". Il reproche aux CSSP, surtout à celui de Tchaourou à seulement 8 kilomètres, de se décharger trop facilement sur l'hôpital confessionnel de cas qu'ils pourraient prendre en charge... surtout le week-end, quand le service des CSSP, mais aussi de l'hôpital Saint-Martin, est réduit. Les infirmiers du CSSP de Tchaourou réfèrent parfois à l'hôpital Saint-Martin des patients sans les avoir au préalable montrés à l'un de leurs deux médecins, absents (ce qui est presque toujours le cas du médecin-chef) ou qu'il ne faut pas déranger. Par contre, les médecins de l'hôpital confessionnel devraient être disponibles à tout moment. C'est du moins ainsi que le médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin perçoit la situation.

Le PMSBS a fait de gros efforts pour organiser la transfusion sanguine au CSSP de Tchaourou². Selon le responsable du PMSBS qui s'est le plus impliqué dans cette affaire, le système de transfusion est parfaitement fonctionnel. Or le médecin-chef de l'hôpital confessionnel se plaint de recevoir beaucoup de cas référés du CSSP de Tchaourou pour transfusion sanguine, et cela une fois encore tout particulièrement le week-end.

Tous ces griefs sur les références abusives, sur des fiches de contre-référence que l'on exige mais dont on se désintéresse après coup ne concernent pas que le CSSP de Ouessè: celui de Tchaourou est encore plus mis en cause. Ils contribuent à développer chez les agents de santé de l'hôpital confessionnel une image négative des services de santé publics, qui n'encourage pas

¹ Les CCS de Gbanlin et de Djegbé réfèrent au CSSP de Ouessè, hôpital le plus proche, tout en étant conscients qu'une partie des patients référés se rendent alors directement à l'hôpital Saint-Martin. Le CSSP de Ouessè référerait systématiquement à l'hôpital Saint-Martin pour les cas chirurgicaux. Depuis le printemps 1994, ces cas sont pris en charge au CSSP, sauf les urgences chirurgicales survenues en l'absence des deux médecins. Pour les maladies, le CSSP réfère plus volontiers vers les CSD de Parakou ou d'Abomey. Tous les CCS de l'est de la sous-préfecture réfèrent uniquement à l'hôpital Saint-Martin.

² Les besoins en transfusions sanguines sont importants, surtout à cause des anémies palustres sévères chez les jeunes enfants.

la collaboration. Autrefois, les médecins-chefs des deux CSSP et de l'hôpital Saint-Martin avaient l'habitude de se rencontrer régulièrement – environ tous les trois mois – pour se concerter et mettre à plat les éventuels problèmes. Avec le renouvellement des équipes dirigeantes, cette bonne habitude s'est perdue. Bien que la nécessité de telles rencontres nous paraisse évidente¹, personne ne souhaite les remettre sur pied. Sans doute que le médecin-chef qui se lancerait se sentirait en situation de demandeur, donc de faiblesse. Leur excessive fierté est pourtant dommageable à la bonne marche de leurs services respectifs et finalement au bien-être de la population.

Volume de référence des services de santé publics pour les soins curatifs

A partir des rapports mensuels d'activité des services de santé publiques, il est possible de calculer la proportion de patients référés ou évacués, et cela aussi bien pour les soins curatifs que pour les accouchements. Ces rapports ne précisent ni le lieu ni le motif de référence et encore moins si le patient s'est effectivement rendu dans l'hôpital de référence². Comme le suggère un rapport du PMSBS (1993), la statistique des cas référés sous-évalue un peu le phénomène, les cas jugés d'emblée du ressort d'un autre service de santé n'étant pas forcément enregistrés au niveau des CCS et CSSP. Nous ne disposons d'aucune statistique sur le nombre de patients que l'hôpital Saint-Martin réfère ailleurs.

Les données du Tableau 91 montrent que les services de santé de base réfèrent extrêmement peu, du moins formellement, ce qui a aussi été observé au Kenya (NORDBERG, HOLMBERG et KIUGU, 1995). La faiblesse de la référence formelle est à la fois cause et conséquence de l'autoréférence. Les agents de santé ont parfaitement conscience de très peu référer. Ils attribuent la faiblesse de la référence à l'autoréférence des patients, qui fait qu'ils voient peu de cas graves nécessitant une référence, ces derniers s'étant directement dirigés sur le CSSP de Ouessè et plus encore sur l'hôpital Saint-Martin. D'autre part les agents des CCS savent pertinemment que la plupart des patients référés au CSSP, comme le veut la planification sanitaire, n'y vont pas. Certains renoncent donc souvent à référer, d'autres réfèrent tout de même au CSSP (ceux de l'ouest de la sous-préfecture), d'autres enfin réfèrent directement à l'hôpital Saint-Martin (ceux du nord-est de la sous-préfecture).

Tableau 91 Evolution du nombre de patients référés et du taux de référence par service de santé public de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994 (source: rapports mensuels d'activité des services de santé).

	1992			1993			1994		
	N réf.	N NC	%	N réf.	N NC	%	N réf.	N NC	%
CCS Gbanlin	16	1'608	10	12	1'719	7	6	2'337	3
CCS Djegbé	7	194	36	8	116	69	7	139	50

¹ Elle permettraient entre autres de réorganiser le système de référence et de contre-référence en clarifiant les compétences et les limites de chacun, de coordonner la vaccination en stratégie avancée (répartition claire des villages), de rendre attentif le médecin-chef du CSSP de Ouessè à certaines pratiques dommageables des sages-femmes lors des accouchements (rupture volontaire de la poche des eaux prématurée, injection fréquente d'ocytocine pour provoquer les contractions, même si le col de l'utérus n'est pas encore ouvert...) Dans les maternités publiques, tout est souvent fait pour accélérer l'accouchement, sans toujours trop se soucier des conséquences: souffrances de la mère, souffrance foetale, infections... La sage-femme de l'hôpital Saint-Martin a en effet trop souvent l'impression de payer les pots cassés lorsqu'elle reçoit une parturiente venant d'une maternité publique. Elle va même jusqu'à affirmer préférer s'occuper de femmes *peul*, qui habituellement accouchent à domicile, venant directement la voir pour un accouchement dystocique, que de femmes référées par une maternité.

² Diverses études menées au Maroc ont montré que d'un tiers à la moitié des patients seulement sont compliant pour les références, avec une proportion plus basse en milieu rural qu'urbain, en raison d'une meilleure accessibilité de ces derniers à l'hôpital de référence (BAKRY, LAABID, DE BROUWERE [et al.], 1999).

CCS Challa Ogoï	6	478	13	5	464	11	2	987	2
CCS Kémon	1	226	4	4	476	8	17	1'161	15
CCS Kilibo	0	338	0	2	619	3	6	1'248	5
CCS Toui	18	926	19	22	630	35	11	1'326	8
Total CCS	48	3'770	13	53	4'024	13	49	7'198	7
CSSP Ouessè	42	5'148	8	47	4'743	10	23	6'883	3
Total	90	8'918	10	100	8'767	11	72	14'081	5

Pour l'ensemble des services publics de la sous-préfecture, le taux de référence par rapport au total des nouvelles consultations curatives était d'environ 10 % en 1992 et 1993 et même de 5 % en 1994. Le taux de référence global des CCS est toujours plus élevé que celui du CSSP de Ouessè (de 7 % à 13 % selon les années contre de 3 % à 10 %). Ces différences tiennent peut-être au fait que les deux centres de référence des CCS sont relativement proches (au plus 23 kilomètres pour l'Ouest et 25 kilomètres pour l'Est), alors que le centre de référence officiel du CSSP, qui reçoit largement des cas similaires à ceux des CCS, est à plus de 200 kilomètres.

Le taux de référence varie énormément d'un CCS à l'autre. A supposer qu'ils soient partout enregistrés avec la même rigueur, il faut l'attribuer à des pratiques différentes des infirmiers en postes, plus qu'à des variations dans la gravité des cas. La comparaison des taux de référence des CCS de Gbanlin et de Djegbé, dont les infirmiers n'ont pas changé de 1992 à 1994, est révélatrice à cet égard. Pour le CCS de Gbanlin, le taux de référence n'est que de 3 % à 10 % selon l'année, alors qu'il est de 36 % à 69 % pour le CCS de Djegbé.

Volume d'évacuation des services de santé publics pour les accouchements

Les maternités de la sous-préfecture de Ouessè ne possèdent pas de ventouses et ne pratiquent pas de césariennes, sauf celle du CSSP depuis le printemps 1994. Certaines femmes ayant une grossesse à risque détectée lors des consultations prénatales, notamment celles nécessitant probablement une césarienne, sont encouragées à aller accoucher, le moment venu, au CSSP de Ouessè ou à l'hôpital Saint-Martin de Papané. Il ne s'agit alors pas à proprement parler de cas de référence, puisqu'il n'y a pas alors d'envoi officiel, avec documents ou accompagnement par un agent de santé. Les cas de référence consignés dans les rapports d'activité sont en fait des évacuations d'urgence¹ de parturientes en plein travail, d'une maternité vers une autre. Les parturientes de l'Est vont alors directement vers l'hôpital Saint-Martin; celles de l'Ouest soit directement vers le même hôpital, soit vers le CSSP, qui les redirige souvent rapidement vers l'hôpital Saint-Martin.

Le Tableau 92 montre le nombre de parturientes évacuées par les différentes maternités publiques de la sous-préfecture, de 1991 à 1994, ainsi que le taux d'évacuation par rapport au nombre de parturientes (nombre d'accouchements additionné du nombre de parturientes évacuées). Selon l'année, de 46 à 73 parturientes ont été évacuées au sein ou hors de la sous-préfecture de Ouessè (les rapports d'activité ne précisent pas où ces femmes ont été évacuées). Après une forte augmentation entre 1991 et 1992, on assiste à une stabilisation du nombre d'évacuées, aux alentours de 70 cas par an. Comme le nombre de parturientes est aussi à la hausse, le taux d'évacuation global n'évolue guère: de 34 % en 1991, il passe à 39 % en 1994, après une pointe à 42 % en 1992.

¹ Les rapports mensuels d'activité des maternités utilisent d'ailleurs le terme d'évacuation là où ceux des dispensaires parlent de référence.

De 1991 à 1994 le taux d'évacuation de l'ensemble des CCS et celui du CSSP évoluent en sens contraire. Alors que le premier augmente, le second diminue. Tandis que le CSSP évacue plus souvent que les CCS en 1991, on observe l'inverse dès l'année suivante. Mais de 1991 à 1993, il n'y a pas de différence significative du taux d'évacuation entre les deux niveaux hiérarchiques (test du χ^2). En 1994, le taux d'évacuation plus élevé enregistré par les CCS est tout juste significatif ($p = 0,043$).

Cette absence de différence marquée s'explique. Tout comme pour les soins curatifs, le CSSP n'est guère mieux armé que les CCS pour prendre en charge les accouchements. Jusqu'à l'installation du bloc opératoire, en avril 1994, seule la possibilité d'effectuer une transfusion sanguine distinguait la maternité du CSSP des autres maternités publiques. Et encore, cela nécessite la présence du technicien de laboratoire et d'au moins un donneur compatible. En fait, jusqu'au printemps 1994, le seul réel avantage d'un accouchement au CSSP plutôt que dans une maternité de CCS, consiste... en la présence d'une ambulance pour les évacuations vers l'hôpital Saint-Martin, en cas de nécessité. Il n'est donc guère étonnant que le CSSP ne se distingue que peu des CCS par la fréquence des évacuations et que la plupart des sages-femmes et infirmières de la périphérie préfèrent évacuer directement vers l'hôpital Saint-Martin. Malgré l'ouverture du service de chirurgie, le taux d'évacuation du CSSP en 1994 est à peine inférieur à celui de 1993. La plupart des opérations pratiquées en 1994 sont en effet des hernies programmées, le CSSP étant encore mal préparé à recevoir des cas chirurgicaux en urgence, telles les césariennes. L'ouverture du service de chirurgie ne rehausse donc pas le CSSP au rang de véritable centre de référence pour les accouchements.

D'une année à l'autre et d'un CCS à l'autre, les taux d'évacuation varient sensiblement (entre environ 20 et 100 %). Il faut plus y voir la variabilité dans le temps d'événements plutôt rares à l'échelle d'une commune – les accouchements avec dystocie grave – que la variabilité de pratique des sages-femmes. Le taux d'évacuation est par exemple de 90 % à la maternité de Gbanlin en 1992 et de seulement 19 % en 1994, alors que la même infirmière est en poste.

Tableau 92 Evolution du nombre de parturientes, de parturientes évacuées et du taux d'évacuation des parturientes par maternité publique de la sous-préfecture de Ouessè, de 1991 à 1994 (sources: rapports mensuels d'activité des maternités).

	1991			1992			1993			1994		
	N év.	N part.	%	N év.	N part.	%	N év.	N part.	%	N év.	N part.	%
CCS Ch. Ogoï	3	99	30	3	154	19	7	185	38	6	121	50
CCS Djegbé	0	0	0	3	85	35	8	82	98	5	121	41
CCS Gbanlin	5	134	37	13	145	90	15	192	78	3	161	19
CCS Kémon	0	0	0	0	41	0	7	156	45	15	167	90
CCS Kilibo	6	238	25	6	213	28	7	218	32	10	233	43
CCS Toui	7	188	37	11	177	62	5	184	27	10	224	45
Total CCS	21	659	32	36	815	44	49	1017	48	49	1027	48
CSSP Ouessè	25	702	36	31	776	40	24	799	30	22	778	28
Total	46	1361	34	67	1591	42	73	1816	40	71	1805	39

La proportion des parturientes évacuées des services de santé publics paraît faible au regard de la proportion des accouchements dystociques menés à terme dans les maternités (environ 100 % selon les rapports d'activité) et des conséquences dramatiques d'un accouchement qui se déroule mal, sans possibilité de recourir à une césarienne. Nordberg (1984)

estime à 225 pour 100'000 habitants les besoins annuels en césariennes en zone rurale africaine. Si l'on reporte ce taux à la population de la sous-préfecture de Ouessè de 1994, les besoins estimés sont de 124 césariennes. Or cette année, 5 césariennes ont été effectuées au CSSP de Ouessè et 71 parturientes ont été évacuées, vers le CSSP et surtout vers l'hôpital Saint-Martin. Toutes ces évacuations n'ont d'ailleurs pas débouché sur une césarienne. D'autre part, une petite minorité de femmes de la sous-préfecture sont allées accoucher directement à l'hôpital Saint-Martin, dont une petite partie sans doute par césarienne. Le dépouillement systématique du registre d'hospitalisation de cet hôpital pour 1994 indique que seules 34 femmes de la sous-préfecture de Ouessè y ont accouché par césarienne. Si l'on y ajoute les quelques cas recensés au CSSP, l'ensemble de la sous-préfecture n'enregistre que 39 césariennes en 1994, soit un petit tiers des césariennes attendues selon les besoins estimés par Nordberg (les césariennes en dehors de ces deux établissements étant quasi exclues).

Ce déficit en césariennes est inégalement réparti entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture en 1994. Les parturientes de l'Est ont effectué 24 césariennes pour des besoins estimés à 62, soit une couverture de 38,7 %, alors que celles de l'Ouest en ont effectuées 15 pour un besoin identique (couverture de 24,2 %). Bien que non significative, cette différence suggère que l'accessibilité plus limitée des femmes de l'Ouest à un service de chirurgie toujours disponible les pénalise, même pour une prestation aussi vitale qu'une césarienne. Ainsi, le déficit en césariennes enregistré par l'Ouest est à la fois relatif, par rapport à l'Est, et absolu, par rapport aux besoins normatifs.

Causes du faible recours à la référence et aux évacuations

Comment expliquer ce faible recours à la référence, que ce soit pour les soins curatifs ou les accouchements? Il convient tout d'abord d'observer que la plupart des cas de référence sont motivés non pas par l'absence de moyens diagnostics ou par les limites de connaissances des agents de santé, mais par l'absence de moyens thérapeutiques. Les maternités, aussi bien celle du CSSP que celles des CCS, évacuent les femmes pour lesquelles une césarienne est indispensable ou fort probable, ainsi que quelques grossesses extra-utérines. L'absence d'un bloc opératoire motive donc les évacuations organisées par les maternités. Remarquons tout de même qu'une proportion non négligeable de femmes référées à l'hôpital Saint-Martin pour césarienne y accouchent finalement par voie basse. Cela s'explique notamment par l'utilisation d'une ventouse, pratique trop dangereuse pour une maternité qui ne pourrait effectuer immédiatement une césarienne en cas d'échec de cette technique. Quant aux dispensaires, que ce soit celui du CSSP ou ceux des CCS, ils réfèrent eux aussi essentiellement les cas chirurgicaux (surtout des hernies). S'y ajoutent encore pour les dispensaires de CCS, les personnes, généralement de jeunes enfants, nécessitant une transfusion sanguine, et parfois les victimes de morsures de serpents, tous les CCS ne disposant pas d'un réfrigérateur pour conserver le sérum antivenimeux. Les causes de références sont donc presque toujours extérieures aux limites personnelles des agents de santé, ce que confirme l'étude de Salifou, Ibrahima, Papa [*et al.*] (1995) déjà citée (cf. partie II, chap. 1a).

En dehors de ces cas, il est très rare que les patients soient référés. Les indications pour la référence ou l'évacuation sont donc dans la pratique très limitées. Tout se passe comme si les agents de santé disposent toujours des connaissances, des moyens diagnostics et thérapeutiques nécessaires, alors qu'ils sont objectivement limités pour les affections les moins courantes. Référer reviendrait alors à reconnaître ses limites personnelles, face à la population et à ses collègues. Une référence fréquente risque de dévaloriser l'agent et le service de santé qui renonce à prendre en charge une partie des malades. Ceux-ci pourraient alors perdre confiance en leur service de proximité et s'en détourner au profit du centre de référence ou d'autres

recours thérapeutiques, l'automédication notamment. Autoréférence et automédication étant déjà très largement répandues, l'infirmier, quand il a la chance d'être consulté, se doit donc de prendre en charge le malade. Si le malade avait voulu être traité ailleurs, il se serait fort bien passé de l'assentiment de l'infirmier local pour y aller. Ainsi, tout, fierté personnelle et pression des patients, pousse l'agent de santé à s'occuper seul des personnes qui se présentent à lui, dès lors qu'il n'est pas évident qu'il ne puisse rien pour elles ou qu'il ne soit pas convaincu que le centre de référence sera plus performant, sans parler du surcoût, peut-être insupportable par le patient, d'une visite au centre de référence.

Quelques cas de référence sont motivés par le souci de préserver tant que faire se peut l'image du service de santé. C'est particulièrement le cas au CSSP, seul établissement public pratiquant l'hospitalisation dans la sous-préfecture de Ouessè, qui cherche à éviter qu'un patient hospitalisé décède à l'hôpital. Ce dernier ne doit pas laisser l'image – évidemment néfaste à son utilisation – d'un lieu où l'on meurt fréquemment, d'un lieu où l'on se rend pour mourir (HOURS, 1986). Il s'agit alors de faire en sorte que les cas désespérés, pour lesquels l'hôpital ne peut plus rien faire, quittent l'hôpital. On peut discrètement suggérer à la famille d'aller consulter un guérisseur traditionnel en disant que "l'hôpital ne peut plus rien pour lui". Le malade ne demande alors pas mieux que de rentrer chez lui, pour y mourir entouré des siens, ou pour tenter d'ultimes recours thérapeutiques. On peut aussi référer le cas désespéré ailleurs, ce qui est une manière très peu élégante de se débarrasser d'un problème en le transférant à d'autres, tout en suscitant de faux espoirs, du dérangement et des coûts supplémentaires. Nous nous souvenons d'un vieillard hospitalisé au CSSP pour une schistosomiase urinaire très avancée qui a été évacué au CHD d'Abomey. Le médecin nous avait laissé entendre que ce serait un miracle s'il arrivait vivant à Abomey.

Le nombre de personnes officiellement référées ou évacuées par les agents de santé du secteur public reste donc très limité. Le système de référence officiel fonctionne d'autant moins que la plupart des rares cas référés, presque toujours des cas chirurgicaux, sont dirigés vers un établissement qui n'est pas un centre de référence officiel. Le système de référence officiel et même le système officieux ne jouent donc quasi aucun rôle dans l'orientation des itinéraires thérapeutiques des malades de la sous-préfecture de Ouessè et, plus spécifiquement, dans les flux de patients entre services de santé les desservant, qu'ils soient localisés dans la sous-préfecture ou à l'extérieur. Plus largement, cette conclusion vaut pour l'ensemble du Bénin.

En plus de la réticence, évoquée ci-dessus, des infirmiers à référer, deux faits empêchent le système de référence officiel de fonctionner:

- la hiérarchie sanitaire officielle ne correspond pas à la hiérarchie des soins réellement disponibles, le CSSP n'apportant guère de capacités diagnostiques et thérapeutiques effectives supplémentaires par rapport à un CCS, et l'hôpital Saint-Martin, qui constitue vraiment un centre de référence n'étant pas intégré officiellement dans le système de santé et donc de référence béninois;
- l'autoréférence primaire ou secondaire, généralisée, se substitue largement à la référence officielle.

Il nous paraît très difficile de modifier cet état de fait. Un des moyens de redonner un sens au système de référence, sinon le seul, serait de transformer le CSSP de Ouessè en un véritable centre de référence, à côté de son rôle de premier recours pour les habitants de trois communes. L'ouverture d'un service de chirurgie de base en avril 1994 a été un premier pas indispensable dans ce sens¹. Il ne saurait suffire.

¹ Suite au départ du médecin-chef en 1996, ce service n'est malheureusement plus guère fonctionnel. La mutation ultérieure du médecin-chef adjoint et son remplacement par un médecin n'ayant pas de compétences chirurgicales signèrent l'arrêt, au

Il faut encore que les patients, clairement référés (mention adéquate dans le carnet personnel de santé), bénéficient d'une prise en charge spécifique. Inutile en effet qu'un infirmier envoie un malade à un collègue infirmier, même si c'est dans le cadre d'un établissement plus beau et plus gros. Les cas référés devraient impérativement et systématiquement être vus par l'un des deux médecins du CSSP. Ces derniers ne devraient pas hésiter (dans la mesure des moyens financiers du patient?) à recourir aux analyses de laboratoire pour étayer leur diagnostic. En cas de référence, il faut s'assurer que cette consultation du médecin soit bien gratuite (mais pas les médicaments délivrés ni les analyses médicales), puisqu'il s'agit d'un épisode de maladie pour lequel le patient a déjà payé une consultation, au niveau local. Rappelons qu'un malade référé ou qui retourne dans un service de santé pour y poursuivre le traitement d'un épisode donné est considéré comme un "ancien cas" et ne repaie plus la consultation. Actuellement, cette règle reste en principe valable si l'on change de service public sur référence. De plus, la formation continue des médecins devrait être encouragée et formalisée. Leur cahier des charges et l'organisation de leur travail devraient également être conçus de sorte à ce que les tâches administratives et de direction ne prennent pas trop le pas sur leurs activités curatives.

Pour des raisons d'accessibilité et d'inertie dans la perception des services de santé, ces mesures ne permettront sans doute pas de détourner les patients de l'Est de l'hôpital Saint-Martin au profit du CSSP, à part quelques patients de la commune de Challa Ogoï. Elles offriraient par contre sur place ou presque ce que les habitants de l'Ouest doivent encore trop souvent aller chercher à l'hôpital Saint-Martin. Les cas munis de documents adéquats et référés par un médecin d'un CSSP vers un CHD devraient eux aussi bénéficier d'une prise en charge particulière (médecins spécialistes, examens de laboratoire) assurant un réel saut qualitatif par rapport à la prise en charge précédente.

f) Consommation globale par localité de soins de santé curatifs ambulatoires

Nous avons vu que l'espace de soins d'un village ne se limitait jamais à un seul service de santé. Le système de référence et surtout l'autoréférence élargissent cet espace à deux ou trois, voire quatre services. Un calcul pertinent d'un taux d'utilisation global par localité des services de santé doit donc prendre en compte cette diversité de recours. Puisque nous connaissons l'espace de soins quasi exhaustif des habitants de chaque village et les taux d'utilisation correspondant à chaque lieu fréquenté de 1992 à 1994, il est facile, par simple addition, de connaître la consommation médicale totale par village, en termes de taux d'utilisation. A notre connaissance, une telle approche n'a jamais été réalisée à une échelle aussi fine que celles de la commune et du village. Comme nous ne connaissons pas la provenance par village des patients de l'Ouest pour certains services de santé en 1992 et 1993, nous mettrons surtout l'accent sur l'année 1994.

Nous avons déjà étudié ailleurs le taux d'utilisation global des services de santé pour l'ensemble de la sous-préfecture et chacune de ses moitiés, de 1992 à 1994 (cf. partie III, chap. 2b). Rappelons que ce taux est stable, faible (à peine une nouvelle consultation par habitant tous les trois ans) et sensiblement plus élevé à l'Ouest qu'à l'Est (1,4 fois plus en 1994). Le Tableau 93 montre que les taux d'utilisation globaux par commune présentent des disparités beaucoup plus importantes encore. Elles se retrouvent aussi bien à l'Est qu'à l'Ouest, mais elles sont plus marquées à l'Ouest. La commune enregistrant le plus faible taux d'utilisation global s'y trouve (Djegbé, avec 13 % en 1994), tout comme celle connaissant l'utilisation la plus intense (Ouessè, avec 58 %). En 1994, le rapport des taux d'utilisation entre les communes extrêmes est de 1 à 4,5 pour l'Ouest et de 1 à 2 pour l'Est (1 à 2,7 en 1992).

Les deux communes occupant les positions extrêmes quant au niveau d'utilisation se distinguent-elles par des caractéristiques particulières? Toutes deux connaissent une très faible dispersion de la population autour de leur service de santé, ce qui devrait favoriser son utilisation. Par contre, la commune de Ouessè bénéficie du CSSP de la sous-préfecture, alors que la commune de Djegbé doit se contenter d'un CCS. En plus de ce niveau hiérarchique différent, les relations entre l'infirmière desservant le CCS et la population de Djegbé sont médiocres, voire franchement tendues parfois. Il faut encore ajouter que Djegbé est éloigné des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture et que les taxis y sont rares. Cela n'encourage pas la fréquentation d'autres services de santé que le CCS local. A l'inverse, Ouessè est assez bien relié à l'hôpital Saint-Martin, malgré la distance.

La commune de Gbanlin enregistre elle aussi un taux d'utilisation global élevé des services de santé pour la sous-préfecture: 51 % en 1994. Ce taux a sensiblement augmenté après l'ouverture de la maternité de Gbanlin aux soins curatifs, en plus du dispensaire de Tosso. C'est essentiellement la fréquentation élevée du CCS local qui explique ce bon résultat.

Malgré la grande proximité du CSSP, le taux d'utilisation global de la commune de Laminou (28 % en 1994) est en dessous de la moyenne de l'ensemble de la sous-préfecture. Par rapport à la commune de Ouessè, nous avons expliqué cette faiblesse par l'influence déjà sensible d'une petite augmentation de la distance pour atteindre le CSSP et l'autogare où se prennent les taxis pour l'hôpital Saint-Martin. Encore un peu plus éloignée du CSSP (4 kilomètres) et ne disposant pas de CCS, la commune d'Odougba voit son taux d'utilisation global chuter à 18 %.

Après une forte augmentation – de 16 % à 37 % de 1992 à 1994 –, la commune de Kémon enregistre le meilleur taux d'utilisation global de l'Est. Cette augmentation découle de l'ouverture en 1993 d'un CCS à Kémon, dont la bonne fréquentation a très largement contrebalancé la diminution de fréquentation subséquente de l'hôpital Saint-Martin. Environ deux tiers de la population de la commune habitent dans la localité abritant le CCS, ce qui en permet une utilisation fréquente. Comme nous le rappelle l'exemple de Djegbé, si cette proximité entre la population et le CCS est une condition nécessaire, elle n'est pas forcément suffisante.

Après une évolution inverse à celle de Kémon – de 41 % en 1992 à 30 % en 1994 – la commune de Toui arrive en deuxième position des communes de l'Est. Viennent ensuite les communes de Kilibo (21 % en 1994) et de Challa Ogoï (18 %). Le taux d'utilisation global de cette dernière commune est en légère augmentation de 1992 à 1994 (de 15 % à 18 %). Elle a bénéficié en 1993 du fort attrait général exercé par l'hôpital Saint-Martin, puis, lorsque la dévaluation du FCFA diminua la fréquentation de cet établissement, de l'ouverture aux soins curatifs de la maternité de Challa Ogoï. Par contre, le reflux de l'hôpital Saint-Martin en 1994 dans la commune de Kilibo n'a que partiellement été compensé par l'augmentation de fréquentation du CCS local.

Il est frappant de constater que l'augmentation des prix à l'hôpital confessionnel en 1994 a entraîné une forte baisse de sa fréquentation, et cela de manière largement indépendante de la distance. Seule la commune de Toui y enregistre encore un taux d'utilisation élevé du fait de la proximité, malgré une baisse de 33 % à 20 % entre 1993 et 1994. En effet, le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin est en 1994 de seulement 8 % pour les communes de Kilibo et de Kémon, de 6 % pour celle de Challa Ogoï et de 7 % pour l'ouest de la sous-préfecture (mais tout de même de 4 % à 12 % selon ses communes). Le recours à cet hôpital semble bien se limiter de plus en plus aux cas les plus graves ou les plus rebelles, et tendre vers un minimum de plus en plus incompressible.

Non seulement l'ouest de la sous-préfecture abrite les deux communes enregistrant les taux d'utilisation globaux les plus extrêmes, mais encore, il renferme les deux villages quasi les plus divergents quant à leur niveau d'utilisation. Et cela dans la même commune. En effet, le village de Tosso dans la commune de Gbanlin a connu un taux global d'utilisation de 110 % en 1994 et même d'environ 125 % en 1992, alors que celui d'Idadjo, très isolé, se contente de 6 %. Ainsi, à une échelle villageoise, le rapport entre les extrêmes est presque de 1 à 20.

En 1994, seuls six villages atteignent un taux d'utilisation global d'au moins 50 %. Cinq sont localisés dans l'Ouest (Ouessè, Adougou, Gbanlin, Tosso et Vossa) et un seul dans l'Est (Toui). Tous ces villages se caractérisent par la disponibilité d'un service de santé (un CSSP pour les deux premiers et un CCS pour les autres) à moins d'un kilomètre, par son utilisation bien au-dessus de la moyenne (sauf pour Toui) et par le recours non négligeable, surtout pour Toui et Ouessè, à un, voire deux, autres services (CSSP et/ou hôpital Saint-Martin) proches ou facilement accessibles en taxi. Le taux d'utilisation exceptionnellement élevé pour Toui par rapport aux autres villages de l'Est en 1994 (51 %) est pourtant fortement en recul depuis 1992 (84 %).

Tableau 93 Taux d'utilisation global en %, par commune et village, des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè, de 1992 à 1994 (sources: fichier et registres de patients, recensement de 1992 réactualisé; suite du tableau page suivante).

	Saint-Martin			CSSP Ouessè			CCS Gbanlin			CCS Djegbé			CCS Ch. Ogoï			CCS Kémon		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
Ouessè	?	?	20	42	52	58	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Adougou	?	?	6	48	51	49	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zogba Gaou	?	?	5	23	16	24	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lakoko	?	?	2	21	23	39	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attata	?	?	3	12	19	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Ouessè	?	?	12	35	40	46	0	1	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Laminou	?	?	11	14	17	16	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kpassa	?	?	4	14	19	19	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti	?	?	5	14	20	19	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbémé	?	?	5	21	23	25	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Attannondoho	?	?	3	13	10	17	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Laminou	?	?	7	15	18	19	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Agglom. Ouessè	?	?	9	24	27	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odougba	?	?	4	14	10	13	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zogba Trékou	?	?	0	5	6	10	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tchédjannagnon	?	?	4	10	9	8	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dokoundoho	?	?	7	20	20	23	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N'gbéhouédo	?	?	6	8	7	13	?	?	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Odougba	?	?	4	11	9	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbanlin	?	?	9	7	8	7	18	16	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	?	?	3	10	8	8	85	113	99	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vossa	?	?	5	9	8	10	36	35	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idadjo	?	?	1	2	4	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Gbanlin	?	?	6	7	7	7	26	27	38	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Djegbé	?	?	4	5	4	4	0	0	0	8	5	5	0	0	0	0	0	0
Idouya	6	9	3	2	3	4	0	0	0	0	0	0	2	2	6	0	0	0
Kokoro	10	11	8	1	1	1	0	0	0	0	0	0	12	12	17	0	0	0
Challa Ogoï	6	7	7	3	1	0	0	0	0	0	0	0	5	5	13	0	0	0
Botti Houegbo	2	2	4	1	2	1	0	0	0	0	0	0	7	5	12	0	0	0
Gbédé	12	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	0	0	0
Kombon	3	12	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	7	0	0	0
Comm. Challa Ogoï	7	10	6	1	1	1	0	0	0	0	0	0	6	6	11	0	0	0
Kémon	14	15	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	36
Akpéro	16	12	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Commune Kémon	15	14	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	27
Kilibo	16	20	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kilibo Gare	6	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yaoui	21	22	12	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Kilibo	15	18	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toui	49	53	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toui Gare	7	12	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toui PK	16	14	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ogoutédo & Odo A.	33	44	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Commune Toui	28	33	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Est sous-préfecture	18	21	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	2	4
Ouest sous-préfecture	6	10	7	16	17	19	6	6	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Total sous-préfecture	12	16	9	8	9	10	3	3	4	0	0	0	1	1	1	0	1	2

Tableau (suite)

	CCS Kilibo			CCS Toui			Clin. Lamin.			Cabinet Botti			P. sec. Lamin.			Total		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
Ouessè	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	79
Adougou	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	56
Zogba Gaou	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	29
Lakoko	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	41
Attata	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	31
Commune Ouessè	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	58
Laminou	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	6	?	?	33
Kpassa	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	2	?	?	25
Botti	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	0	?	?	24
Gbémé	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	1	?	?	31
Attannondoho	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	2	?	?	22
Commune Laminou	0	0	0	0	0	0	?	0	0	?	?	0	0	0	3	?	?	28
Agglom. Ouessè	0	0	0	0	0	0	4*	0	0	15	6	0	0	0	2	?	?	41
Odougba	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	17
Zogba Trékou	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	11
Tchédjannagnon	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	12
Dokoundoho	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	31
N'gbéhouédo	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	19
Commune Odougba	0	0	0	0	0	0	?	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	18
Gbanlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	54
Tosso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	110
Vossa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	60
Idadjo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	6
Commune Gbanlin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	51
Commune Djegbé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?	13
Idouya	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	14	12
Kokoro	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	25	26
Challa Ogoï	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	13	20
Botti Houegbo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	9	16
Gbédé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	12	6
Kombon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	14	14
Comm. Challa Ogoï	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	16	18
Kémon	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	29	45
Akpéro	1	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	15	13
Commune Kémon	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	26	37
Kilibo	5	7	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	27	27
Kilibo Gare	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	6	5
Yaoui	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	23	14
Commune Kilibo	4	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	24	21
Toui	0	0	0	36	10	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84	64	51
Toui Gare	0	0	0	4	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	18	15
Toui PK	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	14	14
Ogoutédo & Odo A.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	33	44	30
Commune Toui	0	0	0	13	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	41	38	30
Est sous-préfecture	1	2	3	5	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	28	26
Ouest sous-préfecture	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8	3	0	0	0	1	38	37	36
Total sous-préfecture	1	1	2	2	1	2	1	0	0	4	2	0	0	0	0	32	32	31

* Calculé sur l'agglomération de Ouessè et la commune d'Odougba ensemble.

Par contre, 15 villages sur 35 enregistrent des taux globaux d'utilisation inférieurs à 20 %, dont 3 inférieurs à 10 %. Parmi ces derniers, nous avons déjà mentionné Idadjo (6 %), les deux autres étant Gbédé (6 %) et Kilibo Gare (5 %). Ces deux derniers villages ont vu leurs taux globaux d'utilisation diminuer progressivement, surtout Gbédé qui est passé de 15 % à 6 % de 1992 à 1994. Ces trois villages sont respectivement à 17, 8 et 6 kilomètres du service de santé le plus proche, toujours un CCS. Ils sont de plus tous localisés à l'extrémité d'une piste en cul-de-sac, non desservie par les taxis. Tous trois utilisent très peu leur CCS de rattachement, réservant l'essentiel de leurs rares déplacements sanitaires aux deux hôpitaux de la sous-préfecture.

Quatre des cinq villages de la commune d'Odougba connaissent des taux globaux d'utilisation de 10 % à 20 %, le dernier, Dokoundoho, enregistrant de 1992 à 1994 des valeurs nettement supérieures (environ 30 %). Cette faible utilisation est imputable aux 4 kilomètres les séparant du CSSP de Ouessè. Mais d'autres facteurs, inconnus, entrent en jeu, comme le prouve la grande différence observée entre Dokoundoho et les quatre autres villages.

Dans la commune de Challa Ogoï, seuls deux des six villages atteignent un taux global d'utilisation de 20 % en 1994. Il s'agit de Kokoro (26 %) et de Challa Ogoï (20 %). Le premier abrite le dispensaire et le deuxième la maternité qui pratique les consultations curatives depuis fin 1993. Avant cette date, le taux global d'utilisation de Challa Ogoï était sensiblement inférieur. En 1994, ces deux villages sont à la fois les plus gros utilisateurs du CCS (dispensaire et maternité confondus) et de l'hôpital Saint-Martin. Localisés entre 4 et 8 kilomètres du CCS, les autres villages sont de plus mal situés par rapport aux transports collectifs, sauf Kombon. En 1992 et 1993, seul le village de Kokoro atteignait un taux global d'utilisation de 20 %. Il n'était alors que de 5 % à Kombon. Faut-il y voir l'effet du secouriste, par ailleurs délégué (chef) du village, qui était plus actif en 1992 que par la suite?

Dans la commune de Kémon, les habitants d'Akpéro sont également de faibles utilisateurs des services de santé, bien que leur espace de soins soit le plus diversifié de la sous-préfecture. Le principal frein à une utilisation plus élevée est le boycott presque total du CCS le plus proche, celui de Kémon. En outre, presque plus aucun taxi ne dessert le village.

A 10 kilomètre du CCS le plus proche (Kilibo), le village de Yaoui enregistre un taux global d'utilisation de seulement 14 %, malgré de bonnes liaisons en taxis avec ce dernier et avec l'hôpital Saint-Martin. Avant la dévaluation, la fréquentation de cet hôpital était beaucoup plus intense. Malgré la relative proximité d'un hôpital d'excellente réputation, sans parler de celle d'un CCS, les villages de Toui PK et de Toui Gare ne dépassent pas un taux global d'utilisation de 15 %. La relative proximité est ici contrecarrée par des pistes souvent mauvaises et l'absence de transports collectifs.

Comme le montre le Tableau 93, les services de santé privés un tant soit peu formels ne pèsent pas lourd dans les taux globaux d'utilisation, même si les moins actifs d'entre eux ou les plus récents et plus informels (à Zogba Gaou et Gbémé dans l'agglomération de Ouessè, à Odougba, Djegbé et Kilibo) n'ont pas pu être étudiés faute de registres de patients. Leur viabilité ne semble pas assurée, en tout cas comme activité à plein temps. Seule le cabinet de soins infirmiers de Botti et, dans une moindre mesure, la clinique privée de Laminou, ont très momentanément contribué significativement au niveau global d'utilisation des services de santé pour les habitants des agglomérations de Ouessè et, plus faiblement, d'Odougba.

Sur la Figure 119, il apparaît clairement que les villages utilisant le plus les services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè s'étirent le long d'un axe sud-ouest/nord-est, de Vossa à Ogoutédo/Odo Akaba. Cet axe correspond à la piste puis à la route goudronnée qui conduisent de l'ouest de la sous-préfecture à l'hôpital Saint-Martin. Il relie les services de santé

les plus

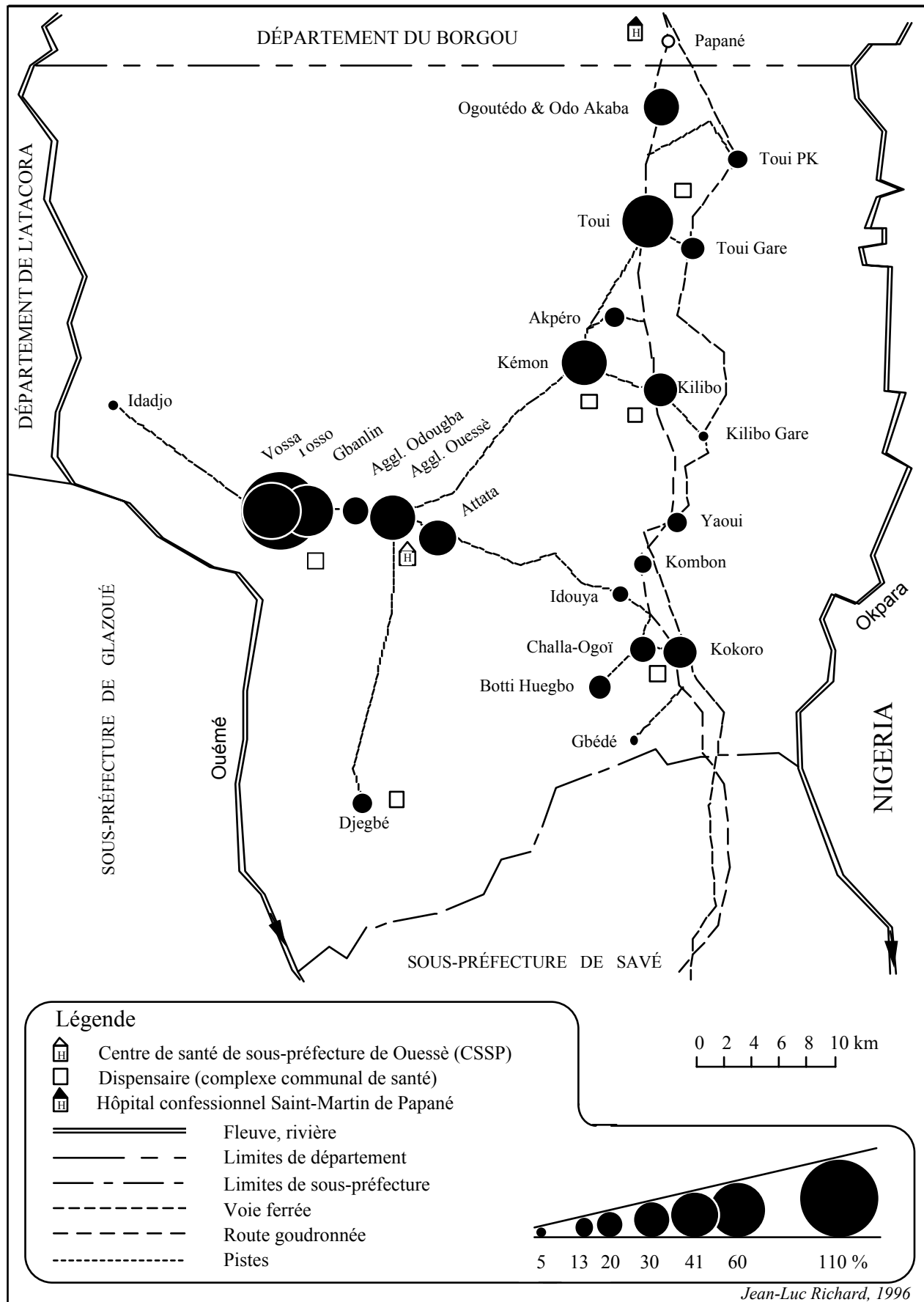


Figure 119 Taux global d'utilisation par localité de tous les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, en 1994.

fréquentés: CCS de Gbanlin, CSSP de Ouessè, CCS de Kémon, hôpital Saint-Martin et, dans une moindre mesure, CCS de Toui. Non seulement les habitants des localités situées le long de cet axe – y compris ceux d'Attata un peu à l'écart – utilisent fortement les ressources sanitaires locales, mais encore, ils s'autoréfèrent volontiers dans l'un au moins des deux hôpitaux qui jalonnent cette voie desservie par des taxis quotidiens. L'agglomération d'Odougba constitue toutefois le maillon faible de cette chaîne de localités caractérisées par un taux d'utilisation global élevé. Avec Ogoutédo/Odo Akaba, proche d'un hôpital réputé, elle est la seule localité sur cet axe à plus de deux kilomètres d'un service de santé.

Si les villages enclavés et éloignés des hôpitaux, voire de tout service de santé, de l'extrême ouest (Idadjo), du sud-ouest (Djegbé) et du sud-est (Gbédé, Botti Houegbo et Idouya) enregistrent sans surprise des taux globaux d'utilisation très bas, nous sommes étonné que ne se dessine pas plus nettement un deuxième axe nord-sud, d'Ogoutédo/Odo Akaba à Kokoro, polarisé sur les CCS de Kokoro, Kilibo et Toui, ainsi que sur l'hôpital Saint-Martin, encore plus facilement accessible par cet axe que par le précédent. Les CCS de Kokoro et plus encore de Kilibo sont très peu attractifs pour les villages périphériques de leur commune. Le taux d'utilisation du CCS de Kilibo se monte à seulement 2 % ou 3 % de 1992 à 1994 pour les habitants de Kilibo Gare et de Yaoui, alors que pendant le même temps, il a augmenté de 5 % à 18 % pour ceux de Kilibo.

D'une commune à l'autre et plus encore d'un village à l'autre, nous avons relevé des écarts considérables du taux global d'utilisation des services de santé modernes. De telles variations enlèvent beaucoup de pertinence aux chiffres moyens par Etat, département et même sous-préfecture, de même qu'aux comparaisons internationales ou nationales entre ces unités administratives. Tout au plus permettent-ils de fixer dans les grandes lignes l'ordre de priorité entre les secteurs administratifs, pour des actions visant à augmenter l'accès aux services de santé. Il faut ensuite impérativement tenir compte des réalités locales. Celles-ci sont, malheureusement pour le planificateur, fort variées. Leurs combinaisons font de chaque agglomération, de chaque village un cas unique ou presque. Comme la planification sanitaire nationale ou régionale ne peut que très rarement s'appuyer sur des études approfondies à une échelle très fine, il s'agissait donc pour nous, au-delà de la diversité des situations relevée par une analyse de cas fouillée, de fournir quelques principes simples qui expliquent le mieux possible les variations intervillageoises de fréquentation. Nous avons longuement vu que l'accessibilité des services de santé couplée à leur niveau hiérarchique perçu constitue à cet égard un facteur explicatif d'autant plus pertinent qu'il est assez facile à mesurer. Mais il convient de rester prudent. Il ne saurait à lui seul constituer une grille de lecture, voire un modèle, expliquant l'ensemble des comportements de recherche de soins.

g) Un espace de soins restreint qui cache une grande diversité de recours

L'espace de soins "moderne" des habitants de la sous-préfecture de Ouessè se limite pratiquement aux services de santé implantés dans la sous-préfecture ou sur ses marges immédiates (hôpital Saint-Martin de Papané). Notre enquête domiciliaire par questionnaire nous apprend qu'il en va de même pour tous les autres types de recours thérapeutiques. Cette relative étroitesse de l'espace de soins ne doit cependant pas suggérer que l'offre de soins de santé se limite à quelques recours thérapeutiques, modernes ou non, dans la sous-préfecture de Ouessè. Au contraire, la palette des recours potentiels est extrêmement diversifiée, quoique fort diversement utilisée. Il est même probable que la relative étroitesse des espaces de soins découle en partie de cette offre suffisamment abondante et diverse pour permettre la plupart des

itinéraires thérapeutiques imaginables, et satisfaire l'adepte le plus exigeant du *shopping* médical. Notre propos n'est pas de revenir ici sur l'offre régionale de soins de santé (cf. partie II, chap. 1), mais de montrer que tous les villages et la plupart des familles participent à ces "errances thérapeutiques" (DROZ, 1993). Il s'agit également d'examiner si certains types de recours sont très prisés, alors que d'autres seraient marginalement utilisés, et cela aussi bien à l'échelle de la sous-préfecture que des villages.

Pour ce faire, nous allons exploiter la partie du questionnaire qui demandait si au moins un membre du ménage avait déjà recouru une fois, dans un passé indéterminé, aux services de différents types de thérapeutes ou de niveaux hiérarchiques distincts. Nous en proposons une liste. La période de remémoration étant indéfinie, le nombre d'oublis ne doit pas être négligeable. En fait, il s'agit plus d'évaluer l'attitude présente des ménages faces à différents types de recours que d'exhumer l'unique exemple d'utilisation de tel ou tel praticien, il y a 10 ou 20 ans.

Sur 650 ménages interrogés, 73 % affirment qu'un de leurs membres au moins a déjà utilisé l'hôpital confessionnel Saint-Martin. De tous les recours proposés, il arrive largement en tête. Les ménages d'Odo Akaba, qui utilisent presque exclusivement l'hôpital Saint-Martin – 4 kilomètres – pour leurs recours extérieurs, déclarent tous l'avoir déjà fréquenté. La proportion des recours passés diminue progressivement avec l'augmentation de la distance: 94 % pour Toui PK, 84 % pour Kilibo et Akpéro. A l'autre extrémité, seuls 44 % des ménages de Wokpa sont déjà allés à l'hôpital Saint-Martin. Non seulement ce village est éloigné de l'hôpital (60 kilomètres), mais encore il faut parcourir cinq kilomètres avant d'atteindre le premier taxi. De plus, comme il s'agit d'un village de colonisation agricole fondé il y a 20 ans et que les immigrants continuent d'affluer, nous avons là une population jeune et souvent récemment installée, qui n'a encore guère eu l'occasion de tester l'hôpital confessionnel.

D'autres villages éloignés et enclavés se situent au-dessous de la moyenne: Idadjo (58 %), Gbédé (60 %). Dans une localisation similaire, mais disposant plus ou moins régulièrement de taxis, Djegbé obtient déjà un meilleur score: 72 %. Le résultat assez bas pour Attata (60 %) confirme que ce village utilise moins l'hôpital Saint-Martin que les villages voisins des agglomérations de Ouessè et d'Odougba. Il est en effet d'abord nécessaire à ses habitants de parcourir trois kilomètres à pied avant d'atteindre un taxi. Les *Peul* de Gbaffo ont déjà recouru à l'hôpital confessionnel presque aussi souvent (66 %) que la moyenne de tous les ménages. Des huit villages de l'Ouest où s'est déroulée l'enquête, celui de Gbanlin a la meilleure connaissance pratique de l'hôpital Saint-Martin (82 %). Nous verrons plus loin qu'il s'agit aussi du village où la population fréquente le plus volontiers un spécialiste de la santé en cas de maladie (48,5 % des cas y débouchent sur une consultation extérieure, sans recours préalable à l'automédication).

Cinquante-huit pour cent des ménages interrogés ont déjà utilisé le CSSP de Ouessè. Le clivage entre les villages de l'Ouest et ceux de l'Est est net. De 84 % à 98 % des ménages interrogés dans les villages de l'Ouest ont une connaissance personnelle du CSSP. Ces proportions s'échelonnent entre seulement 0 % (à Odo Akaba, tout près de l'hôpital Saint-Martin) et 16 % (à Akpéro, village qui se distancie du CCS de Kémon) pour les villages de l'Est.

Il peut paraître étonnant que certains ménages habitant à moins d'un ou deux kilomètres du CSSP, service de santé moderne resté pendant longtemps sans concurrent à moins d'aller jusqu'à l'hôpital Saint-Martin, ne l'aient jamais utilisé. Quelques-uns de ces rares ménages sont peut-être de nouveaux arrivants. Plus probablement, il existe de nombreux ménages pour qui l'utilisation du CSSP et même de tout recours extérieur, moderne ou non, est extrêmement rare, voire nulle pour certains d'entre eux. Les faibles taux d'utilisation relevés pour les services de santé modernes le laissent déjà pressentir. Ces ménages recourent (quasi) exclusivement à l'automédication traditionnelle et moderne.

Le facteur coût pèse naturellement dans ce choix. Mais des facteurs culturels, résumés par la phrase maintes fois entendue “il faut d’abord lutter”, semblent plus prépondérants encore. Il ne s’agit pas d’un refus absolu et de principe des services de santé, mais plutôt du sentiment que la maladie est une affaire familiale, qui peut généralement être réglée dans le cadre et avec les moyens familiaux. Le recours extérieur est alors l’ultime solution après les échecs répétés de la thérapie familiale. On peut également faire directement, mais exceptionnellement, appel à un spécialiste dans les très rares cas où le ménage se sent d’emblée dépourvu face à la maladie. Notre interprète fait partie de cette catégorie de personnes habituées à compter sur leurs propres compétences pour lutter contre la maladie. Alors qu’il habite depuis de nombreuses années à Ouessè, ses deux femmes, ses neuf enfants, sa mère et lui-même n’ont utilisé les soins curatifs du CSSP qu’une seule fois au total. Il s’agissait d’un enfant inerte qui avait “les yeux qui roulaient”. Son père, qui considérait ces symptômes comme très graves, l’avait immédiatement emmené au CSSP, sans même essayer l’automédication auparavant. Par contre ses femmes suivent les consultations prénatales et accouchent à la maternité du CSSP. Cela montre bien que l’hôpital n’est pas rejeté, mais qu’il est utilisé pour des besoins spécifiques pas ou mal pris en charge par le savoir familial.

L’ensemble des CCS constituent le troisième type de recours thérapeutiques déjà utilisés par ordre décroissant de fréquence (42 %). Ce score relativement modeste s’explique en partie par le fait que quatre des treize villages inclus dans l’enquête sont desservis directement par un CSSP plutôt que par un CCS, et par la proximité de deux des autres villages étudiés (Odo Akaba et Toui PK) de l’hôpital Saint-Martin. Le meilleur score est obtenu à Kilibo (100 %), localité qui dispose d’un CCS. Le score fléchit déjà pour Gbanlin (88 %) et Djegbé (86 %), autres villages bénéficiant d’un CCS local. Pourtant à cinq kilomètres du CCS, Wokpa obtient le même score que Gbanlin. Pour les autres villages, plus éloignés d’un CCS, les résultats sont nettement moins bons: 58 % pour Gbédé, 48 % pour Toui PK, 24 % pour Idadjo et 10 % pour Odo Akaba. Le résultat d’Idadjo confirme ce que nous savons déjà: ses habitants sont bien plus tournés vers le CSSP de Ouessè que vers leur CCS, pourtant plus proche.

Le cas d’Akpéro est particulier en ce sens que ses habitants utilisent trois CCS distincts. Parmi les 50 ménages interrogés, 78 % ont déjà utilisé le CCS de Kilibo, 44 % celui de Toui et seulement 38 % celui de Kémon. Ce dernier est non seulement beaucoup plus récent que les deux autres (1993), mais encore il est largement fui en raison de dissensions entre les deux villages.

Arrive ensuite le recours à un guérisseur traditionnel. Quatre ménages du dix (38 %) en ont déjà fréquenté un au moins une fois. Cette proportion confirme le peu d’attractivité actuelle des tradipraticiens, que nous avons pu déceler au moyen du questionnaire sur les itinéraires thérapeutiques et par des entretiens avec de nombreux guérisseurs. Le recours passé à un guérisseur est le plus fréquent à Odo Akaba (56 %), village qui utilise aussi fortement l’hôpital confessionnel voisin. Beaucoup d’habitants d’Odo Akaba sont des immigrants récents de l’Atacora, département le plus reculé du Bénin qui passe pour en être aussi resté le plus “traditionnel”. Il est probable qu’une partie des contacts avec les tradipraticiens se soient déroulés avant l’émigration. Vient ensuite Gbédé (50 %), village isolé dont les habitants pratiquent presque exclusivement l’automédication en cas de maladie.

Odo Akaba dispose localement des services d’un guérisseur, Gbédé de quatre. Mais il est assez peu pertinent de vouloir mettre en relation la proportion des ménages d’un village qui a déjà recouru aux guérisseurs avec leur disponibilité locale. Comme le montre la Figure 29 (cf. partie II, chap. 1b), quasiment chaque village, voire hameau dispose en effet d’au moins un guérisseur. Disponibilité et accessibilité sont donc deux dimensions de l’accès bien réalisées pour les guérisseurs. Comme certains guérisseurs sont spécialisés sur certaines affections, leur

densité peut par contre influencer leur disponibilité réelle relativement aux besoins spécifiques des malades.

Les ménages des villages de Gbaffo, de Djegbé et d'Idadjo ont aussi une expérience concrète des guérisseurs supérieure à la moyenne (44 % pour les deux premiers et 42 % pour le troisième). Il s'agit ici encore de villages recourant moins que la moyenne aux services de santé modernes. Cela est particulièrement vrai pour les *Peul* de Gbaffo. Les villages d'Attata, d'Akpéro et d'Attannondoho se situent dans la moyenne, alors que ceux de Wokpa, Adougou, Toui PK et Kilibo sont en dessous de celle-ci (32 % chacun). Les ménages de Gbanlin se caractérisent fortement par un très faible recours antérieur aux tradipraticiens (14 %). Près d'un tiers de la population s'y est convertie à des églises chrétiennes africaines, surtout l'Union de renaissance de l'homme en Christ, qui rejettent violemment la religion traditionnelle et les guérisseurs qui lui sont habituellement restés fidèles (LE MEUR et ADJINACOU, 1998). Il est fort probable que la fréquentation passée des guérisseurs soit plus élevée, mais que certains ménages préfèrent oublier cette époque révolue. Certaines personnes interrogées étaient d'ailleurs tout à fait explicites. Elles répondaient que plus personne dans leur ménage n'avait fréquenté un guérisseur depuis leur conversion. Gbanlin est de plus l'un des villages de la sous-préfecture les plus tournés vers les services de santé modernes (taux global d'utilisation et proportion de recours direct aux services modernes en cas de maladie élevés).

D'une manière générale, la religion n'influence que peu la fréquentation antérieure des guérisseurs. Les adeptes des sectes chrétiennes d'origine africaine et américaine sont pour la plupart de conversion récente (moins d'une dizaine d'années). Il ont donc très bien pu avoir un autre comportement de recherche de soins avant leur conversion. Nous constatons cependant de légères différences. Les ménages ayant déjà utilisé au moins une fois un guérisseur par le passé sont surreprésentés chez les catholiques et protestants, chez les musulmans et dans les ménages sans religion. Ils sont par contre sous-représentés chez les adhérents aux sectes chrétiennes aussi bien africaines qu'américaines. Les adeptes de la religion traditionnelle sont quant à eux dans la moyenne. Contre toute attente, les catholiques et les protestants sont donc un peu plus fidèles aux tradipraticiens que les gens pratiquant le culte du *vodun*.

Vient ensuite le recours à des hôpitaux localisés hors de la sous-préfecture de Ouessè (28 %). Nous avons détaillé plus haut ces hôpitaux selon les villages; nous n'y revenons pas.

Puis arrive la fréquentation passée d'un devin ou *bokono* (23 %), qui indique la cause de la maladie et le moyen de guérir en la supprimant, ou encore la personne qu'il faut consulter pour guérir. Trois quart des ménages affirmant avoir déjà fréquenté un devin ont aussi consulté un guérisseur par le passé. A l'inverse, près de la moitié des ménages ayant déjà recouru à un guérisseur ont aussi déjà visité un devin. L'utilisation de ces deux recours thérapeutiques traditionnels se recoupe donc fortement. Djegbé est la localité où le recours passé aux devins a été le plus fréquent (44 %). Il est suivi par Odo Akaba (36 %), Attannondoho (30 %) et Wokpa (28 %). A l'inverse, le recours aux *bokono* a été le plus rare à Kilibo (seulement 8 %), à Idadjo (10 %) et à Attata (14 %), trois villages *nagot*.

Le *bokono*, qui peut aussi en même temps être un guérisseur traditionnel, est comme ce dernier fui par les adeptes des nouveaux cultes chrétiens. Même une partie des musulmans, des catholiques et des protestants l'évitent. Alors que les adeptes de la religion traditionnelle représentent 20 % des ménages de notre échantillon, ils constituent 27 % des ménages qui ont déjà consulté un devin. Bien que beaucoup de musulmans affirment que "le *bokono* n'est pas pour les musulmans", ceux-ci sont légèrement surreprésentés dans le recours passé aux devins. Tous les chrétiens sont par contre sous-représentés.

Un cinquième des ménages interrogés ont déjà utilisé les services d'un "infirmier" privé dans le passé. Ces agents de santé sont soit de vrais infirmiers, à la retraite ou n'ayant pu se faire engager dans la fonction publique à la fin de leurs études, soit des secouristes ayant reçu une formation informelle, surtout à la clinique privée de Laminou.

La disponibilité ou non d'un tel infirmier dans les villages inclus dans l'enquête explique largement les grandes différences d'utilisation d'un village à l'autre. A Attannondoho et à Kilibo, la moitié des ménages ont déjà visité un infirmier privé. Attannondoho dispose actuellement d'un poste de secours, alors que la clinique privée de Laminou et le cabinet de soins infirmiers de Botti étaient proches. Kilibo bénéficie toujours des services d'un jeune infirmier diplômé privé. Les *Peul* de Gbaffo viennent ensuite (38 %). Nous avons déjà vu que les *Peul*, qu'ils soient sédentaires comme ceux de Gbaffo ou transhumants, ne fréquentent guère les services de santé publics. Ils passent par contre pour de bons clients auprès des agents de santé privés. Les hameaux de Gbaffo sont très proches de l'ancien cabinet de soins infirmiers de Botti et assez proches également de l'ancienne clinique de Laminou. Viennent ensuite les ménages d'Akpéro (28 %), qui a défaut de fréquenter le CCS honni de Kémon recourt volontiers au CCS de Kilibo, mais aussi à l'infirmier privé de Kilibo, sans parler bien sûr de l'hôpital Saint-Martin. Village le plus proche du CSSP dans l'agglomération de Ouessè, Adougou a aussi vu une partie de ses ménages (26 %) utiliser par le passé la clinique de Laminou et surtout le cabinet de Botti. Dix-huit pour cent des ménages interrogés à Djegbé ont fréquenté au moins une fois un privé. Il s'agit essentiellement des deux ou trois secouristes privés exerçant localement à temps partiel. Leur niveau de formation est bas, ce qui semble tenir à l'écart la plupart des ménages. Aucun des autres villages visités ne dispose d'un "infirmier" privé. L'expérience passée d'un tel recours thérapeutique y est donc très faible (de 0 % à 14 % des ménages).

Le recours à un agent de santé strictement itinérant (les "piqueurs sauvages") est limité. Seules 14 % des ménages ont déjà employé un tel recours. Il n'est pas exclu que la question ait été un peu ambiguë et que certains répondants aient inclus dans cette catégorie de thérapeutes les privés de la région effectuant des consultations à domicile, ou encore des vendeuses de médicaments au porte-à-porte provenant d'autres villages, qui dispensent parfois quelques conseils, proches d'une prescription (mais sans examen préalable du malade). Le recours passé à un "infirmier" itinérant est le plus élevé à Djegbé (38 %) et à Kilibo (30 %), deux localités qui disposent d'agents de santé privés qui se déplacent à domicile. Partout ailleurs, le recours à une telle catégorie de thérapeute est très limité (de 4 % à 14 % des ménages). Même le village le Toui PK qui reçoit parfois la visite d'un infirmier de l'hôpital Saint-Martin ne dépasse pas les 14 %.

En termes d'utilisation passée par les ménages, ce sont les Eglises thérapeutiques qui enregistrent le moins de suffrages (13 %)¹. Les variations d'un village à l'autre sont toutefois importantes et dépendent beaucoup de la proportion d'adeptes de ces Eglises dans les différents villages visités. La fréquentation passée d'une Eglise thérapeutique est en effet fortement liée à l'appartenance à cette Eglise. Ainsi, 51 % des ménages affirmant avoir déjà utilisé par le passé les services d'une Eglise thérapeutique sont membres d'une secte chrétienne d'origine africaine et 9 % sont membres d'une secte chrétienne d'origine américaine. Or les ménages se réclamant de ces sectes ne représentent respectivement que 10 % et 1,8 % de l'échantillon. Toutes les

¹ Nous n'avons pas posé la question du recours au marabout par les musulmans, tant il paraît rare dans la sous-préfecture de Ouessè. Lors de nos nombreux entretiens, seule une personne a mentionné le marabout comme recours thérapeutique. De plus, ce type de recours n'apparaît jamais dans les 1'334 itinéraires thérapeutiques recueillis au moyen du questionnaire. D'après notre interprète, qui est musulman, le marabout n'est habituellement pas consulté pour des problèmes liés à la santé.

autres religions, particulièrement l'islam et le *vodun*, sont nettement sous-représentées parmi les ménages qui ont déjà fréquenté une Eglise thérapeutique.

Les malades d'une autre confession peuvent aussi s'adresser à ce type d'Eglises. Elles le font souvent en dernier ressort. Guérir les gens et les protéger contre une rechute, c'est-à-dire souvent contre les maléfices de personnes malintentionnées, selon l'étiologie fréquemment attribuée à la maladie par les officiants de ces Eglises, constituent en effet un moyen privilégié de prosélytisme. Généralement, un non membre guéri au sein de l'Eglise se convertira, bien que cela ne soit pas une condition *sine qua non* de prise en charge. Cela n'est d'ailleurs guère différent chez un guérisseur traditionnel ou un devin très attaché au culte du *vodun*. En cas de maladie très grave, jusqu'alors rebelle à tout traitement, un guérisseur peut exiger avant d'entrer en matière que le malade promette de s'adonner au culte du *vodun* en cas de guérison et parfois de devenir l'assistant du guérisseur. Si le malade est une jeune femme, il peut aussi lui demander de l'épouser.

Comme les Eglises thérapeutiques fondent largement leur succès sur le rejet apparemment virulent des pratiques ancestrales¹ – elles jouent entre autres le rôle de contre-sorcier –, il n'est pas étonnant que les ménages qui les ont fréquentés soient largement différents de ceux qui ont fréquenté un guérisseur ou un devin. Seuls 28 % d'entre eux ont aussi visité un guérisseur et 25 % un devin au moins une fois dans le passé. A l'inverse, seuls 10 % des ménages ayant déjà consulté un guérisseur et 14 % un devin affirment avoir aussi suivi une thérapie religieuse.

Comme les conversions aux nouvelles Eglises sont plus nombreuses chez les *Mahi* que chez les *Nagot*, il n'est pas étonnant que les villages *mahi* enregistrent la plus forte proportion de recours passés à une Eglise thérapeutique. Gbanlin et Djegbé arrivent ainsi en tête (30 %), suivis d'Attannondoho (22 %) et de Wokpa (16 %)². Cette proportion n'est que de 8 % à 12 % dans les villages *nagot*. Il est encore plus faible chez les *Peul* de Gbaffo (6 %), qui habitent pourtant à côté de la principale Eglise thérapeutique, et presque nul chez les habitants de Gbédé, originaires du Ghana.

Il est tellement évident que chaque ménage a déjà pratiqué et pratique même constamment l'automédication que nous n'avons même pas demandé s'il s'agissait là d'un recours thérapeutique utilisé.

Nous avons ainsi montré que si l'espace de soins des habitants d'un village, d'une sous-préfecture du Moyen-Bénin, est restreint du point de vue de la dispersion géographique des lieux fréquentés, il est large par la diversité des recours utilisés. Bien qu'il y ait souvent d'énormes différences d'un village à l'autre, quasi tous relèvent peu ou prou de la vaste palette des médecines modernes, traditionnelles et néo-traditionnelles (les Eglises thérapeutiques).

h) Itinéraires thérapeutiques

L'exploitation des registres de patients des différents services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè s'est montrée riche en enseignements sur qui va où et pour quel problème de santé. Il s'agit là d'une source d'informations très utile, d'une exploitation assez facile et rapide, si l'on se contente de sondages. Bien que précieux, ce type d'informations ne saurait toutefois suffire à qui veut connaître et comprendre l'accès aux différents recours thérapeutiques et leur utilisation.

¹ Ce qui n'empêche pas l'affiliation religieuse de se superposer aux clivages sociaux et familiaux ou de les recouper parfois et donc d'être mêlée à des enjeux de pouvoir (voir LE MEUR et ADJINACOU (1998) pour une étude de cas à Gbanlin).

² Les habitants de Wokpa sont des *Fon*, culturellement très proches des *Mahi*, avec lesquels ils partagent presque la même langue.

Premièrement, les registres et autres fichiers de patients nous livrent une image figée de la réalité. S'ils nous apprennent que telle personne est venue à telle date dans tel service de santé, ils ne nous disent rien sur ce que ce malade a fait avant et après cette consultation ni sur le temps écoulé entre ces différentes actions thérapeutiques, de sorte que le malade qui se présente à la consultation apparaît dans une sorte d'intemporalité (FASSIN, 1992). Les registres de patients des services de santé publics ne permettent même pas de savoir combien de fois un patient est venu dans un service pour un épisode de maladie donné. En étudiant simultanément la situation dans tous les services de santé utilisés par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons tenté de restituer une vision plus dynamique du comportement sanitaire de la population. Cela reste largement insuffisant.

Deuxièmement, les registres de patients ne nous informent que sur le recours aux services de santé formels. Ils ne nous apprennent rien sur l'utilisation des guérisseurs traditionnels, des devins, des églises thérapeutiques, des infirmiers et des aides soignants informels, ainsi que sur l'automédication. Comme nous le verrons, cette dernière constitue pourtant l'action thérapeutique la plus fréquente, et de loin. Elle ne saurait donc être passée sous silence par qui veut appréhender ce que l'on pourrait appeler avec Chrisman (1977) le processus de recherche de soins (*health-seeking process*) des Béninois ou le comportement de recherche de soins (*health care behavior*¹, STOCK, 1987) ou encore le comportement thérapeutique (*therapeutic behaviour*², GIRT 1971). Cette notion prolonge celle d'"illness behavior" (MECHANIC, 1962), en insistant davantage sur la mise en oeuvre des actions correctrices qui suivent la perception et l'évaluation des symptômes.

Troisièmement, les registres de patients ne fournissent qu'un nombre limité (mais essentiel) de variables permettant d'expliquer le recours à un service de santé donné: le sexe, la catégorie d'âge, la provenance et le diagnostic. D'autres variables structurelles (religion, niveau d'éducation, niveau économique, disponibilité d'un moyen de transport personnel...) ou plus conjoncturelles (disponibilité en argent ou en médicaments adaptés dans la "pharmacie familiale" lors de la survenue de la maladie, absence du chef de ménage...) interviennent pourtant aussi de façon décisive dans le choix d'une action thérapeutique.

Dès lors, il devient nécessaire d'administrer un questionnaire qui fait l'inventaire précis, notamment quant à l'enchaînement temporel et spatial, de toutes les actions entreprises pour lutter contre la maladie. C'est précisément la succession dans le temps et l'espace de toutes ces actions liées à un épisode de maladie que nous appelons itinéraire thérapeutique. Avec cette notion

on restitue donc à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successifs à des systèmes médicaux différents) et on lui redonne sa signification de quête (étapes successives permettant d'accéder à la guérison) (FASSIN, 1992).

En fonction d'hypothèses sous-jacentes, ce même questionnaire recueillera les caractéristiques des ménages (variables explicatives), qui pourraient motiver le choix d'une action thérapeutique ou du moins être statistiquement liées à lui, tant il est vrai qu'il est difficile d'établir avec certitude un lien de causalité entre variables dépendantes ou à expliquer (le comportement de recherche de soins) et variables indépendantes ou explicatives (certaines caractéristiques des ménages).

¹ Processus par lequel une personne qui se perçoit comme malade choisit et met en pratique des stratégies pour faciliter le recouvrement de la santé.

² Comportement relié à la décision de rechercher des soins médicaux, une fois reconnu qu'il existe un état morbide.

Profil des ménages interviewés

Nous ne reviendrons pas ici sur la méthode de l'enquête par questionnaire utilisée (cf. introduction, chap. 4a), si ce n'est pour rappeler que nous avons visité 650 ménages répartis dans 13 villages, à raison de 50 ménages par village. Ces villages n'ont pas été tirés au sort selon la pratique classique des sondages aléatoires, mais choisis parce qu'ils illustrent bien la diversité des situations prévalant dans la sous-préfecture de Ouessè. L'ensemble des ménages choisis n'est donc pas représentatif en sens statistique du terme, mais illustratif de l'ensemble de la population de la sous-préfecture.

Avant de décrire les itinéraires thérapeutiques des 1'337 cas de maladie recensées durant le mois précédant l'enquête dans ces 650 ménages, il convient de décrire notre échantillon.

La plupart des personnes qui ont répondu au questionnaire étaient des hommes (61,5 %), généralement des chefs de ménages, bien que nous ayons insisté pour que, dans la mesure du possible, la ou les femme(s) du chef de ménage participe(nt) également. Dans 23,4 % des cas, c'est une femme seule qui a répondu (ou éventuellement plusieurs femmes) et dans seulement 12,2 %, le chef de ménage et sa ou ses femme(s). Dans 2,9 % des cas, nous ne connaissons pas le sexe des interlocuteurs. D'un village à l'autre, les différences sont souvent considérables.

Les 650 ménages comptaient au moment de l'enquête 5'357 individus. Notre échantillon comporte donc 6,8 % des ménages¹ de la sous-préfecture dénombrés lors du recensement national de la population de 1992 et 9,4 % de la population (calcul effectué avec des chiffres réactualisés pour 1995). Notre échantillon inclut 8 villages et 3'249 individus de la moitié ouest de la sous-préfecture, pour une population totale de 28'544 personnes en 1995, soit un taux de sondage de 11,4 %. Pour l'Est, nous n'avons retenu que 5 villages, soit 2'108 individus pour une population de 28'355 habitants, soit un taux de sondage de 7,4 %. La base statistique globale de notre enquête est donc assez large.

Elle l'est bien plus si l'on compare, par village, le nombre de personnes impliquées dans l'enquête à la population totale du village correspondant (cf. Tableau 94). Comme trois des villages enquêtés dépendent politiquement d'un autre village et que le recensement ne fournit des chiffres que pour les villages officiels, nous n'en connaissons pas la population. Nous avons toutefois pu apprécier la proportion des maisons et donc approximativement des personnes visitées, connaissant le nombre moyen d'individus par ménage. A l'exception de ces trois villages, nous avons toujours visité des villages officiels et plus particulièrement les villages centraux les constituants, sans aller dans les éventuels hameaux et fermes périphériques. Les résultats du questionnaire ne peuvent donc pas être extrapolés à ces populations spatialement et quantitativement marginales. Comme le recensement de la population ne distingue pas la population centrale de la population périphérique, nous avons utilisé la population totale comme dénominateur dans le tableau ci-dessous (sauf pour les trois villages non officiels précités). Il en découle que, pour certains villages comme Gbanlin, Djegbé et surtout Akpéro et Toui PK, la proportion des habitants des villages centres réellement incluse dans l'enquête est plus élevée que ne le suggère le tableau.

Les ménages de l'échantillon comptent en moyenne 8,2 personnes. Ils sont particulièrement petits dans les hameaux *peul* de Gbaffo (5,2 personnes) où les jeunes s'émancipent très vite de leurs parents et se construisent leur propre maisonnette à proximité de la maison paternelle. A l'autre extrémité, la taille moyenne du ménage est de 11 personnes à Idadjo. La structure de l'échantillon selon la taille des ménages varie aussi d'un village à l'autre. Dans une certaine mesure, cette variabilité relève d'un biais de sélection des ménages par le chef

¹ Il semblerait que notre définition du ménage ne soit pas tout à fait la même que celle de l'Institut National de Statistiques et d'Analyses Economiques, qui a réalisé le recensement de la population.

du village. A Djegbé, par exemple, aucun ménage de l'échantillon ne comporte moins de quatre personnes, bien que nous ayons toujours insisté pour incorporer des ménages de toutes tailles. Pour un chef de village, il est plus facile d'écarter de l'enquête un jeune couple sans enfant ou une "vieille" vivant seule, qu'une famille de taille respectable dont le chef est bien intégré dans la communauté. Hormis la rapide indépendance des jeunes *Peul*, un autre fait explique alors la taille moyenne particulièrement réduite des ménages à Gbaffo: vu qu'il s'agit d'un petit village (en fait une succession de hameaux proches les uns des autres), nous avons dû inclure quasi tous les ménages dans l'enquête pour atteindre les 50 ménages partout fixés comme objectif. Dans ce seul cas, il n'y a donc pas eu sélection des ménages et donc pas de tendance à écarter les plus petits d'entre eux. Sans rentrer dans le détail par village, la structure des ménages selon la taille est la suivante: 10 % comptent de 1 à 3 personnes, 33 % de 4 à 6 personnes, 25 % de 7 à 9 personnes, 16 % de 10 à 12 personnes, 9 % de 13 à 15 personnes et 7 % de 16 à 30 personnes.

Presque 35 % des chefs de ménage de notre échantillon sont *nagot* (33,8 % de l'ensemble de la population selon le recensement), 29,2 % *mahi* (37,3 % dans la population) 7,7 % *peul* (4,4 % dans la population), 9,8 % appartiennent à l'une des nombreuses ethnies de l'Atacora (12,1 % dans la population), alors que les 18,5 % restant relèvent de diverses autres ethnies (12 % dans la population), parmi lesquelles les *Fon* et les *Basa* sont majoritaires. Les membres des deux, voire des trois premiers groupes ethniques cités peuvent être considérés comme des autochtones. Deux villages sont totalement homogènes d'un point de vue ethnique. Il s'agit des hameaux *peul* (Gbaffo) de Kpassa et du village de colonisation agricole *fon* de Wokpa. Selon notre échantillon, qui correspond aux résultats du recensement, quatre villages sont à forte majorité *mahi* (Gbanlin, Djegbé, Adougou et Attannondoho), quatre à forte majorité *nagot* (Idadjo, Attata, Akpéro et Kilibo), un à majorité *basa* (Gbédé, dont les habitants sont originaires du Ghana, mais avec une forte minorité *nagot* qui est sous-représentée dans notre échantillon), enfin, deux villages (Odo Akaba et plus encore Toui PK) sont en majorité peuplés d'immigrés de l'Atacora et d'une minorité de *nagot*.

Tableau 94 Taux d'inclusion dans l'enquête domiciliaire, par village (sources: enquête domiciliaire 1995 et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	Echantillon	Population	%
Idadjo	552	1145	48.2
Wokpa	358	?	environ 50
Gbanlin	371	2604	14.2
Djegbé	494	2581	19.1
Attannondoho	399	663	60.2
Gbaffo	259	?	presque 100
Adougou	430	892	48.2
Attata	386	531	72.7
Gbédé	367	884	41.5
Kilibo	505	2500	20.2
Akpéro	411	1134	36.2
Toui PK	423	1901	22.3
Odo Akaba	402	?	environ 50
Total	5357	env. 16600	environ 32

Le catholicisme et le protestantisme sont de loin les religions la plus représentées dans notre échantillon (46,7 % des chefs de ménages, tout le ménage étant généralement de la religion de son chef), tout comme dans la population générale (40,1 % selon le recensement de la population de 1992). Arrivent ensuite presque à égalité les religions traditionnelles et l'islam (19,9 et 19,4 %), qui constituent respectivement 15,2 et 17,6 % de la population selon le recensement. Les sectes chrétiennes d'origine africaines arrivent ensuite avec 10 %, alors que les sectes chrétiennes d'origine européenne ou américaine ne constituent la religion que de 1,8 % des chefs de ménages de l'échantillon, contre 10,3 % pour l'ensemble des sectes chrétiennes, selon le recensement. Plus de 2 % des chefs de ménages se déclarent sans religion, contre 14,6 % de la population selon le recensement.

Une forte majorité des chefs de ménages interrogés (61,1 %) ont toujours vécu dans le village où ils habitent actuellement. Seuls 1,5 % des chefs de ménages résident dans la sous-préfecture depuis moins d'un an, 9,9 % depuis 1 à 5 ans, 9,1 % depuis 5 à 10 ans et 18,4 % depuis plus de 10 ans (mais pas depuis toujours). Cette dernière catégorie inclut aussi les chefs de ménages qui sont nés dans la sous-préfecture et qui ont émigré temporairement, dans une ville béninoise, en Côte d'Ivoire ou au Nigeria par exemple. Trois villages se distinguent particulièrement des autres: Wokpa, Toui PK et, dans une moindre mesure Odo Akaba. Il s'agit de villages de création récente ou qui ont connu énormément d'immigration. Comme Wokpa a été fondé il y a une vingtaine d'années seulement, aucun chef de ménage affirme y avoir toujours vécu et ils ne sont que 40 % à y être installés depuis au moins dix ans. Plus du tiers des chefs de ménages interrogés habitent Wokpa seulement depuis un à cinq ans. L'installation des immigrants est un peu plus ancienne à Toui PK. Quatre pour cent seulement des chefs de ménages y ont toujours vécu, mais tout de même 54 % y habitent depuis plus de dix ans et 28 % depuis six à dix ans. Odo Akaba a aussi reçu beaucoup d'immigrants récemment, puisque 54 % des chefs de ménages y habitent seulement depuis un à dix ans. Par contre, on y trouve un noyau de *Nagot* originaires du village (28 % des chefs de ménages interrogés). A l'inverse, la presque totalité (96 %) des chefs de ménages *peul* de Gbaffo ont toujours vécu dans leur village d'origine.

L'âge moyen des chefs de ménages interrogés – généralement des hommes – est de 48 ans et demi. Celui des premières épouses des chefs de ménages est de 36 ans. Ces valeurs sont des approximations, puisqu'elles sont calculées à partir de l'âge déclaré par les personnes interrogées. Or beaucoup de personnes, surtout les plus âgées, ignorent leur âge. Vu le prestige attaché à l'ancienneté, il est de plus fréquent que l'on tende à se vieillir. Une fois de plus, les variations intervillageoises sont considérables. Vingt ans sépare l'âge moyen des chefs de ménages de Wokpa (37,7 ans), village à la population particulièrement jeune composée uniquement d'immigrants, souvent récents, de celui de Kilibo (57,7 ans). Pour les premières épouses, l'écart maximal des âges moyens est presque aussi important (18 ans) et les deux extrêmes se retrouvent à Wokpa et à Kilibo. En moyenne générale les hommes ont 8 ans de plus que leurs premières épouses. Cet écart atteint même 16 ans à Idadjo.

Sur les 610 hommes chefs de ménages de notre échantillon, 3,8 % n'ont pas ou plus de femmes. Il s'agit surtout d'hommes âgés, mais aussi parfois, surtout chez les *Peul*, de jeune célibataires. Presque 61 % des chefs de ménages ont une seule femme, 28,9 % deux femmes, 5,2 % trois femmes et 1,3 % quatre femmes. En moyenne, chaque chef de ménage mâle a 1,4 épouse. Étonnamment, c'est à Wokpa, village dont les chefs de ménages sont nettement plus jeunes qu'ailleurs, que le nombre d'épouses moyen est le plus élevé (1,66). A l'opposé, Gbédé, village majoritairement peuplé d'une ethnie isolée pratiquant beaucoup l'endogamie, enregistre le plus faible nombre d'épouses par chef de ménage (1,22). Les chefs de ménages de l'échantillon ont légèrement moins de femmes que les hommes mariés recensés en 1992.

Sans surprise, une large majorité des chefs de ménages de l'échantillon est composée d'agriculteurs et/ou de bouviers pour les *Peul* (85 %). Les artisans arrivent loin derrière (7,3 %), suivis par les commerçants et transporteurs (5 %), puis par les fonctionnaires et les élèves (2,7 %). Seule la première profession a été demandée. Il ne faut cependant pas oublier que presque tout le monde pratique un peu d'agriculture, en sus d'une autre activité principale. De même, l'artisan ou l'agriculteur commercialise sa production. La limite entre les différentes catégories professionnelles est particulièrement délicate pour les femmes, qui les cumulent souvent toutes, à des degrés divers. Par exemple, en plus des travaux ménagers, une femme peut cultiver du maïs (agriculture) sur son propre champ, qu'elle transformera ensuite en *akassa*¹ (artisanat), qu'elle détaillera finalement au marché (commerce). Nous avons toujours laissé à nos interlocuteurs le soins de déterminer qu'elle était leur principale activité. La réponse était quasi toujours évidente pour eux.

Dans notre échantillon, la principale profession de la première épouse du chef de ménage est sensiblement différente de celle de leurs maris. Les agricultrices ne constituent plus que 70,5 % d'entre elles alors que les commerçantes grimpent à 19,5 %. Presque 7 % sont artisanes, 3,2 % ménagères au foyer et seulement 0,3 % fonctionnaires ou élèves. Les commerçantes sont particulièrement nombreuses dans les villages *nagot*, excepté Idadjo très enclavé. Selon le recensement de la population de 1992, la sous-préfecture de Ouessè comptait 78,8 % d'agriculteurs, 11,7 % de commerçants et transporteurs, 7,4 % d'artisans et ouvriers non agricoles et 1,7 % de fonctionnaires parmi la population active. Ces valeurs correspondent bien à la moyenne de celles observées pour les chefs de ménages et leurs premières épouses.

Près des trois quart (73,8 %) des chefs de ménages interrogés n'ont jamais fréquenté l'école. Cette proportion grimpe à 98 % chez les *Peul* de Gbaffo et à 96 % chez les *Fon* du village de colonisation agricole de Wokpa. Elle descend par contre entre 62 et 66 % dans les villages situés sur le long de la piste entre Gbanlin et Attata. Plus de 8 % n'y sont allés que de 1 à 4 ans, 7,4 % de 5 à 6 ans, autant de 1 à 10 ans, 2,8 % de 11 à 13 ans et seulement 0,3 % plus de 13 années (début de l'université). Trois villages se distinguent par un bas niveau scolaire global des chefs de ménages: Gbaffo, Wokpa et Toui PK, autre village peuplé de colons agricoles assez récemment installés. Les villages dont le niveau global de scolarisation des chefs de ménages est le plus élevé se situent tous dans l'ouest de la sous-préfecture. Par ordre décroissant, nous trouvons Attannondoho, Attata, Djegbé, Gbanlin et Adougou.

Le niveau scolaire des premières épouses des chefs de ménages est encore plus bas que celui de leurs maris. Presque 91 % d'entre elles n'ont jamais fréquenté l'école, 4,2 % n'y sont allés que de 1 à 4 ans, 2,9 % de 5 à 6 ans, 1,7 % de 7 à 10 ans et 0,5 % de 11 à 13 ans. Aucune épouse d'un chef de ménage *peul* de Gbaffo n'est allée à l'école et seulement l'une d'entre elles chez les *Fon* de Wokpa. Le meilleur niveau global d'éducation des premières épouses se retrouve à Attannondoho, suivi de Kilibo et d'Attata. Mais les écarts entre les villages sont faibles. On constate de plus que le niveau scolaire global des femmes est partout plus bas que celui de leur mari, même s'il existe quelques ménages dans lesquels la première épouse a un niveau scolaire supérieur à celui de son mari. Selon le recensement de la population de 1992, 75,6 % des habitants de la sous-préfecture de Ouessè n'ont jamais fréquenté l'école, 10,7 % y vont actuellement et autant y sont allés par le passé.

Si les parents ont dans l'ensemble un niveau scolaire très bas, ce dernier est meilleur pour leurs enfants. Afin de tester l'attitude des ménages envers l'école, nous avons demandé si tous les garçons, respectivement les filles, du ménage en âge d'aller à l'école primaire y allaient. Pour les garçons, c'est le cas dans environ les deux tiers des ménages interrogés (65,4 %). La fréquentation est par contre nettement plus basse pour les filles: seuls 42,1 % des ménages

¹ Pâte bouillie et fermentée de maïs vendue par portion emballée dans une feuille de teck.

envoient systématiquement leurs filles à l'école. Sans surprise, ce sont les habitants de Wokpa et du gbaffo *peul* de Kpassa, pour ainsi dire pas scolarisés, qui envoient le moins (en fait quasi pas du tout) leurs enfants à l'école. Beaucoup de parents de Wokpa souhaiteraient scolariser leurs enfants, mais ce village de colonisation agricole ne dispose pas d'école, malgré une population estimée à plus de 500 personnes¹. L'école la plus proche est à Vossa ou à Tosso, à 5 kilomètres dans les deux cas. Par contre, il est surprenant de constater que seuls environ 20 % des ménages d'Attannondoho, qui disposent d'une école et dont les chefs de ménages comme leurs épouses sont les mieux scolarisés des 13 villages enquêtés, y envoient tous leurs enfants (sans différence selon le sexe). Au niveau villageois, l'écart de fréquentation scolaire entre les garçons et les filles peut être considérable. Ainsi à Djegbé, 84 % des ménages envoient tous leurs garçons en âge d'aller à l'école, contre seulement 25 % pour les filles. Par contre, ces valeurs sont respectivement de 84 et 71 % à Kilibo, ce qui illustre bien la variabilité des situations.

Nous nous sommes encore intéressé à une dernière caractéristique des ménages, qui fournit une indication sur leur attitude envers la santé et les soins, et qui conditionne partiellement les itinéraires thérapeutiques – c'est du moins notre hypothèse: la disponibilité d'une "pharmacie de ménage" contenant des remèdes traditionnels et/ou modernes. Lorsqu'une telle "pharmacie" existe, l'assortiment de médicaments est généralement très limité. Ces petites réserves familiales résultent aussi bien d'achats préventifs, de *nivaquine* et d'aspirine par exemple, que de surplus d'anciens achats consécutifs à une maladie. Même si les prescriptions des services de santé publics et confessionnel desservant la sous-préfecture constituent un traitement complet pour un épisode de maladie, il est très courant que le malade cesse toute médication dès lors qu'il se sent guéri ou même soulagé. Ainsi, les services de santé alimentent malgré eux l'automédication. Nous avons observé à plusieurs reprises dans les ménages les petits sachets, dans lesquels les services de santé publics vendent les médicaments. Ils contenaient encore quelques comprimés. Il est probable que de tels sachets permettent aussi d'entreposer d'autres médicaments achetés sur le marché, avec tous les risques de confusion que cela comporte.

Sur les 650 ménages interrogés, 37,6 % possédaient au moment de l'enquête un ou des remèdes traditionnels à la maison. Cette proportion n'était que d'un quart (25,6 %) pour les médicaments modernes. Ils ne sont que 12,3 % à conserver l'un et l'autre type de remèdes à la maison. En définitive, ce sont la moitié des ménages (50,7 %) qui disposent à domicile d'au moins un remède, quel que soit le type.

Le fait que plus d'un tiers des ménages conservent des remèdes traditionnels contre seulement un quart pour les médicaments modernes ne signifie pas forcément que les premiers soient plus populaires que les seconds. Alors que les médicaments modernes courants sont facilement disponibles dans la plupart des villages, même le soir, auprès des vendeuses du marché ou au domicile des femmes qui se livrent à ce petit commerce, il n'en va pas de même pour les produits traditionnels. A notre connaissance pour l'ensemble de la sous-préfecture,

¹ A chacune de nos visites, le chef du village (chef officieux, puisque Wokpa n'a pas le statut de village officiel) et les notables insistaient sur l'absence de pompe et d'école. Ils souhaitent ardemment l'une et l'autre, mais ne semblaient pas très actifs pour forcer le destin. Il est plus difficile pour un village non officiel, comme Wokpa, d'obtenir des infrastructures publiques que pour un village officiellement reconnu. Cela n'est cependant pas impossible. Par exemple, Ayétoro, village de colonisation agricole sur l'Okpara, dans la commune de Toui, a obtenu l'affectation d'un instituteur, malgré une population inférieure à celle de Wokpa, semble-t-il. Mais dans ce cas, les colons venant de l'Atacora avaient construit eux-mêmes une petite école. Il y a une dizaine d'années, les habitants de Wokpa avaient payé la somme requise pour bénéficier d'un programme visant à équiper tous les villages de la sous-préfecture de forages hydrauliques munis de pompes à bras. Ils n'ont jamais rien vu venir en échange. Telle est du moins la version des faits selon les habitants de Wokpa. Nous n'avons pas cherché à la vérifier. Acquérir le statut de village officiel donnerait plus de poids à des revendications d'infrastructures publiques. Cela est cependant très délicat, voire impossible, car les colons se sont installés sur les terres vierges mises à disposition, mais pas formellement données, par le village autochtone voisin de Vossa. Cela implique en contrepartie la soumission aux autorités de Vossa, qui conservent des droits sur ces terres.

seule une vieille femme habitant l'agglomération de Ouessè vendait des herbes médicinales. Elle est décédée en 1993. Les réserves familiales de remèdes traditionnels proviennent donc essentiellement de la cueillette, effectuée par les membres de chaque ménage, de végétaux aux vertus médicinales. Ainsi, s'il n'est pas vraiment nécessaire de disposer d'une "pharmacie de ménage" pour accéder rapidement aux médicaments modernes d'usage courant, mieux vaut constituer ses propres réserves de produits traditionnels, lorsque l'on recourt aussi à la phytothérapie. Dans le cas contraire, à moins de se faire dépanner par un parent ou un voisin, il faut sortir en brousse ou aux champs pour trouver les ingrédients nécessaires à la tisane, ce qui n'est pas sans limitations: recherche parfois longue, impossible à effectuer de nuit, saison inadaptée aux plantes nécessaires.

Certains villages se caractérisent par une grande variation de la disponibilité en remèdes tant traditionnels que modernes au niveau des ménages. Plus des trois quarts des ménages de Gbédé conservent à la maison des remèdes traditionnels, soit deux fois plus que la moyenne. Les villages d'Akpéro (52 %), d'Odo Akaba (46 %) et d'Attata (44 %) sont eux aussi sensiblement au-dessus de la moyenne. A l'inverse, seuls 14 % des *Peul* de Gbaffo conservent des remèdes traditionnels à domicile. Les *Fon* de Wokpa (22 %) et les ménages de Gbanlin (26 %) se caractérisent aussi par des valeurs nettement au-dessous de la moyenne. Il se peut que les habitants de Wokpa, originaires d'un Sud au couvert végétal très dégradé, pâtissent d'une connaissance ethno-botanique limitée de leur milieu d'accueil. Nous sommes par contre surpris de la très faible disponibilité en remèdes traditionnels chez les *Peul*, qui sont sans conteste les habitants de la sous-préfecture les plus proches du milieu naturel ou semi-naturel, qu'ils fréquentent assidûment.

Les villages de Kilibo et d'Adougou (36 %), d'Idadjo et d'Akpéro (34 %) s'opposent à ceux de Gbaffo (4 %) et de Gbédé (14 %) pour la disponibilité à domicile de médicaments modernes. Ainsi, les *Peul* de Gbaffo sont de loin les habitants de la sous-préfecture qui conservent le moins de remèdes à la maison, quel que soit le type. Dans une bien moindre mesure, il en va de même pour les ménages de Gbanlin. Par contre, si les *Basa* de Gbédé ne disposent que rarement à domicile de médicaments modernes, ils compensent largement cette lacune en stockant massivement des produits traditionnels. Moins marquée, la tendance est la même à Odo Akaba. Comme nous le confirmera ultérieurement le type de médicaments utilisés pour l'automédication, cette différence très marquée traduit à Gbédé une nette préférence pour les remèdes traditionnels. Quelques villages se distinguent par une disponibilité supérieure à la moyenne, des deux types de remèdes: Akpéro, Adougou et Attata.

Ainsi, sans que nous ayons recherché une représentativité statistique parfaite de notre échantillon, ce qui aurait nécessité un tirage au sort aléatoire des 650 ménages, celui-ci est similaire à l'ensemble de la population de la sous-préfecture quant à ses principales caractéristiques socio-démographiques. Nous considérerons donc que l'ensemble de notre échantillon est représentatif de l'ensemble de la population, bien que cela soit, à strictement parler, un abus puisque tous les ménages n'avaient pas la même chance d'être inclus dans l'échantillon. De même, on peut considérer que l'échantillon de chaque village est représentatif de l'ensemble des habitants du village correspondant, bien que là encore nous n'ayons pas procédé par un tirage aléatoire. La technique retenue s'apparente à un choix de ménages au sein de l'ensemble des ménages finement stratifiés au préalable. L'échantillon de chaque village est sans doute plus représentatif de l'ensemble de la population de chacun de ces villages que ne l'est l'ensemble de l'échantillon relativement à toute la population de la sous-préfecture.

Même si un sondage aléatoire avait été techniquement et pratiquement possible¹, nous aurions tout de même procédé comme nous l'avons fait, au moins pour le choix des villages, car

¹ Cela aurait d'abord impliqué l'existence d'une liste exhaustive des ménages de la sous-préfecture, avec "l'adresse". Une

il nous importait de pouvoir décrire les itinéraires thérapeutiques des habitants de certains villages précis, exemplaires de la diversité des situations prévalant dans la sous-préfecture. La grande dispersion géographique des individus statistiques d'un sondage aléatoire, débouchant au mieux sur un nombre trop limité d'individus par unité géographique et au pire sur l'absence d'individus dans des zones pourtant sensibles au regard de la problématique poursuivie, interdit ou pour le moins limite considérablement le traitement localisé de l'information. Or notre propos est justement, après avoir étudié globalement les itinéraires thérapeutiques et leurs déterminants pour l'ensemble de la sous-préfecture, de rendre compte de la diversité des situations locales.

Première action thérapeutique

Nous allons dans cette partie décrire les différents recours utilisés et les modalités de cette utilisation, étape par étape de l'itinéraire thérapeutique, pour l'ensemble de la sous-préfecture et pour chacun des 13 villages étudiés. Ce n'est que dans la quatrième partie, que nous tenterons d'élucider quels sont les déterminants de ces recours, au moyen d'une analyse bivariée puis multivariée.

Type d'actions thérapeutiques

Les 650 ménages enquêtés ont connu 1'334 cas de maladie durant les 30 jours précédant l'entretien. Ces maladies se sont soit déclarées pendant cette période, soit poursuivies sur au moins une partie de cette période. Rappelons que ces maladies et traumatismes ne constituent pas l'ensemble des problèmes de santé éprouvés par ces ménages durant le mois écoulé, mais bien une sélection de 13 maladies (parfois symptômes ou traumatismes) ou ensemble d'affections (cf. partie III, chap. 3b). Nous conviendrons d'appeler "inaction thérapeutique" l'absence de toute tentative de se soigner (du moins jusqu'au moment de l'enquête pour les épisodes inachevés), "automédication" toutes les formes de thérapies familiales, incluant les conseils et l'aide de proches, dans la mesure où aucun intervenant n'est un spécialiste de la santé reconnu comme tel (agent de santé, guérisseur, devin...) et "recours extérieur" toute intervention d'un spécialiste, même si la consultation s'est déroulée à domicile.

Encadré 2

Une vieille agricultrice *nagot* d'Idouya, d'environ 70 ans, souffre depuis un an. Elle a mal "des pieds aux oreilles", elle souffre de brûlures. Elle a profité d'un passage à Cotonou pour aller dans un hôpital, où l'on diagnostique une tension artérielle trop élevée. Les médicaments prescrits restent sans effet. De retour au village, elle commence un traitement familial, à base de beurre de karité et de feuilles. Cette recette est un essai, car ils ne connaissaient pas de traitement approprié pour cette maladie. Comme cette tentative apporte à peine une amélioration, ils cessent l'automédication. Cette femme se refuse à consulter un guérisseur traditionnel, car "les protestants n'aiment guère les fréquenter". De plus, elle n'ira probablement plus voir de docteur, parce qu'elle a déjà essayé, à un niveau hiérarchique élevé, et qu'elle est vieille. Cette femme relève donc de la catégorie des personnes souffrant d'une maladie chronique n'essayant plus de la traiter.

telle liste n'existant pas, il est hors de propos d'en dresser une dans autant de villages, même si l'on réduit au préalable de ces derniers au moyen d'une stratification par village. A moins d'une stratification préalable, il aurait ensuite fallu se rendre pour ainsi dire dans chaque village et hameau de la sous-préfecture afin d'interviewer les ménages tirés au sort, ce qui implique un coût en temps et en transport impossible à assumer par nous.

Sur 1'334 cas, seuls 44 (3,3 %) n'ont donné lieu à aucune action thérapeutique, 930 (69,7 %) ont tout d'abord été traités par automédication, 357 (26,8 %) directement par le recours à un spécialiste de la santé, tous types confondus, et 3 (0,2 %) simultanément par automédication et recours extérieur. Nous avons considéré qu'il y avait simultanée dès que ces deux recours thérapeutiques ont été initiés dans la même journée.

La primauté accordée à l'automédication en cas de maladie est nette. Cela n'a cependant rien d'exceptionnel, surtout un contexte africain, qui plus est rural. Par exemple, 68 % des malades recensés dans une vaste enquête en milieu rural au Ghana n'ont rien fait ou ont pratiqué l'automédication (BELCHER, WURAPA et LOURIE, 1976). Selon une autre enquête au Ghana, toujours en milieu rural, cette proportion est de 49 % (FOSU, 1981). Une enquête en milieu rural kenyan fournit même une proportion de 75 % (SCHULPEN et SWINKELS, 1980). Dans deux régions de la Sierra Leone, les enfants de moins de 5 ans malades ont bénéficié de l'automédication dans respectivement 54 et 69 % des cas durant l'épisode de maladie (GESLER et GAGE, 1987). Il serait d'ailleurs faux de croire que l'automédication est essentiellement une pratique réservée aux régions connaissant une mauvaise couverture sanitaire. Une revue de la littérature pour l'Europe et l'Amérique du Nord conclut que quasi toutes les études montrent l'importance de l'automédication et la proportion élevée d'états morbides sans consultation, sans parler de la prise de médicaments non prescrits en plus des médicaments prescrits ni des erreurs ou accommodements avec les ordonnances (DEAN, 1981).

La rareté des recours extérieurs directs serait encore plus grande si nous n'avions pas écarté du choix des maladies testées les affections ou symptômes apparemment les plus bénins, tels que céphalées, maux de ventre, toux sans fièvre, dermatoses, abcès, courbatures, égratignures... Nous verrons en effet plus loin que les recours extérieurs augmentent avec la gravité perçue de la maladie (cf. partie IV, chap. 2c). Ce qui explique sans doute aussi la très faible proportion de malades qui ne font rien pour enrayer le mal qui les ronge. Au-delà des souffrances et des limitations individuelles que la maladie génère, il convient de se rappeler qu'elle constitue un phénomène perturbateur impliquant l'ensemble de la famille, voire de la communauté. L'individu n'est que très peu libre de ses choix face à la maladie. Ne pas vouloir guérir au plus vite ni s'en donner les moyens ne peut qu'être suspect.

Au vu de la bonne couverture sanitaire dans la sous-préfecture de Ouessè, la proportion de recours extérieurs relevée par notre enquête peut paraître très faible, si on la compare à d'autres enquêtes en milieu rural africain. Il convient toutefois d'être attentif et de comparer ce qui est comparable. Par exemple, Gesler et Gage (1987) indiquent que respectivement 60 et 38 % des enfants malades de moins de 5 ans de deux régions de la Sierra Leone ont effectué un recours extérieur. Il s'agit là de taux concernant tout l'épisode de maladie, alors que les nôtres ne s'appliquent qu'à la première action thérapeutique, les taux finaux de recours extérieurs étant sensiblement supérieurs. De plus, comme nous le verrons plus loin (cf. partie IV, chap. 2a) le taux de recours extérieur est sensible à l'âge des malades. Nous ne pouvons donc pas comparer les comportements thérapeutiques d'une population spécifique à ceux d'une population générale.

Bien que les agents de santé se plaignent souvent des malades qui trop souvent pratiqueraient l'automédication en sus de leurs propres traitements, le recours simultané à l'automédication et à une consultation extérieure est pratiquement inexistant dans la sous-préfecture de Ouessè. Ce qui ne veut pas dire que les deux types de recours ne coexistent pas au sein des itinéraires thérapeutiques. Comme nous le verrons plus loin, les récriminations des agents de santé concernent non pas la première étape de l'itinéraire thérapeutique, qui verrait un démarrage en parallèle de deux formes de traitement, mais bien la deuxième étape, lorsque certains malades s'adressent à eux, tout en poursuivant l'automédication tentée comme premier recours.

Plusieurs types de remèdes ou de combinaisons de remèdes sont disponibles pour les malades s'adonnant à l'automédication. Parmi eux, les plus prisés sont les médicaments modernes utilisés seuls (41 % des traitements), suivis par les remèdes traditionnels utilisés seuls durant tout le traitement (30 %). Les diverses combinaisons dans le temps des deux types de remèdes viennent loin derrière, même si ensemble elles sont impliquées dans 29 % des cas: remèdes traditionnels et modernes pris simultanément (3 %), remèdes traditionnels puis, au moins un jour plus tard, médicaments modernes, sans pour autant forcément cesser le traitement antérieur (16 %), et médicaments modernes puis, dans un deuxième temps, remèdes traditionnels (10 %). Ainsi, que ce soit seuls ou en combinaison, les médicaments modernes ont été utilisés dans le traitement de 70 % des cas et les remèdes traditionnels dans celui de 59 %. D'un point de vue chronologique, et c'est là une manière un peu différente de présenter les mêmes chiffres, il ressort de notre enquête que 51 % des cas d'automédication ont d'abord recouru aux médicaments modernes, auxquels ont été adjoint ou substitué dans un deuxième temps des remèdes traditionnels dans 10 % des cas. Le recours initial aux remèdes traditionnels est presque aussi élevé (46 %), mais davantage de ces cas ont par la suite été soignés au moyen de médicaments modernes (16 %), à la place ou en sus du premier traitement.

Selon une enquête menée à Cotonou auprès de personnes hospitalisées au CNHU, 59 % de ces personnes avaient pratiqué l'automédication avant leur hospitalisation. Plus de la moitié d'entre elles avaient utilisé des remèdes traditionnels, 13 % des médicaments modernes et 36 % un mélange des deux types de remèdes (HOUSSOU, 1985). Bien que notre enquête se soit déroulée en milieu rural, on observe en dix ans un net recul de la part des remèdes traditionnels employés seuls (de 51 à 30 %), au profit des médicaments modernes utilisés seuls (de 13 à 30 %), alors que les traitements mixtes sont assez stables.

Globalement, les comprimés ont donc déjà pris le dessus sur la phytothérapie dans la sous-préfecture rurale de Ouessè; mais cette dernière y reste tout de même bien vivace. Tout comme les malades ne pratiquent quasiment pas d'emblée l'automédication et un recours extérieur, il est très rare que ceux qui ont choisi la voie de l'automédication démarrent immédiatement le traitement en mélangeant la phytothérapie et les médicaments modernes. Ce n'est que dans un deuxième temps, face à l'inefficacité ou à l'action jugée trop lente du (des) premier(s) remède(s) testé(s), que certains lui adjoindront ou lui substitueront un remède d'un autre type.

En fait, nous sommes là dans une situation limite entre la première et la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique. Si la prise simultanée des deux types de remèdes était prévue dès le début du traitement, mais que l'indisponibilité de l'un d'eux en a fait différer la prise d'un ou deux jours, tout le traitement s'inscrit clairement dans la première étape de l'itinéraire. Par contre, si le malade essaie durant plusieurs jours un type de remèdes, puis, devant son inefficacité, y renonce au profit du deuxième type, nous sommes en présence de deux traitements successifs bien distincts par automédication, et donc face à deux étapes de l'itinéraire thérapeutique. Comme tous les cas de figures intermédiaires existent, que les mêmes interrogations se posent aussi dès qu'il y a utilisation de deux remèdes du même type et qu'il est très difficile d'obtenir et surtout de traiter une information aussi détaillée – et d'ailleurs pas forcément très pertinente –, nous n'avons pas cherché à ventiler l'automédication dans les différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique. Par contre, nous distinguerons les rares cas de retour à l'automédication après le recours infructueux à un spécialiste.

La plupart (88 %) des 360 recours extérieurs sans automédication préalable (mais y compris les 3 cas qui ont commencé simultanément leur itinéraire thérapeutique par une consultation extérieure et l'automédication) ont impliqué des agents de santé modernes (docteurs, infirmiers et sages-femmes) exerçant au sein d'un service de santé public ou confessionnel. Environ 8 % des malades ont directement recouru à un infirmier (ou assimilés par

la population) privé, itinérant ou non, et à 4 % un secouriste d'UVS. Les guérisseurs traditionnels n'ont été consultés qu'une seule fois en première instance, alors que les devins et les églises thérapeutiques n'ont jamais été fréquentés comme première étape d'un itinéraire thérapeutique. Cela confirme la très faible utilisation actuelle des guérisseurs et devins révélée par de multiples entretiens avec eux et avec la population:

*Actuellement, on va chez le docteur pour tout [pour tous les types de maladies], pour tester.
On va chez le guérisseur seulement en cas d'échec du docteur [un homme de Ouessè].*

Ces résultats attestent également du rôle très limité des secouristes, déjà vérifié ailleurs au Bénin (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [et al.], 1988). Ils jouent trop rarement leur rôle de *gate keeper*, les malades qui consultent préférant se rendre directement chez un infirmier, bien que cela implique un déplacement hors du village.

L'absence de recours aux églises thérapeutiques nous surprend davantage dans la mesure où la rumeur fait état de séances de divination, avec traitement du mal au moyen de prières et d'ingestion de produits sanctifiés, comme des parfums. La même rumeur rapporte des cas de décès après traitement dans les églises, notamment après morsures de serpents. Les agents de santé publics se plaignent également de parfois recevoir en dernière extrémité des adeptes qui ont d'abord tenté de se faire soigner au sein de leur église. Il n'est pas exclu que la population surestime largement la dimension thérapeutique des activités de ces nouvelles Eglises, par ailleurs extrêmement dynamiques. Il se peut également que, instruits par quelques échecs retentissants, les adeptes soient plus prudents qu'au début dans l'utilisation à des fins thérapeutiques de ces églises. Elles seraient alors essentiellement consultées en cas de malheur, de malaise, de suspicion de sorcellerie, toutes catégories que nous n'avons pas investiguées en tant que telles dans notre questionnaire.

Parmi les 316 cas qui ont débouché sur la consultation d'un agent de santé moderne formel dès la première étape de l'itinéraire thérapeutique, 40 % sont allés au CSSP de Ouessè, 37 % dans un CCS, 18 % à l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané et 5 % dans un autre hôpital hors de la sous-préfecture.

Si l'on examine maintenant, dans les grandes lignes, la première action thérapeutique par village (cf. Tableau 95), on constate une fois de plus que les valeurs moyennes relevées pour l'ensemble de l'échantillon cachent des différences considérables de comportement de recherche de soins, entre des villages très proches les uns des autres. Ce constat de grande variabilité des situations, dès que l'on passe à une échelle d'analyse plus fine, nous amène d'ailleurs à relativiser la pertinence de la comparaison de nos résultats avec ceux d'enquêtes similaires menées dans d'autres Etats africains.

L'absence d'action thérapeutique face à la maladie reste rare (de 0 à 4 % des cas) dans la presque totalité des villages. Elle n'est toutefois pas négligeable à Attata (9 %) et devient même presque aussi importante que les recours extérieurs chez les *Peul* de Gbaffo (16 %). Le recours à l'automédication comme première action thérapeutique varie de 49 %, à Gbanlin, à la presque totalité des cas (95 %), à Gbédé, village isolé, sans service de santé, ni desserte par taxis, ni voitures privées, de plus majoritairement peuplé par une ethnie d'origine ghanéenne. Le recours à l'automédication est aussi relativement faible à Adougou, Attannondoho (59 % chacun), à Kilibo (61 %) et à Toui PK (62 %). Hormis ce dernier, tous les villages utilisant relativement peu l'automédication disposent d'un service de santé à moins de deux kilomètres. Très isolés, les habitants d'Idadjo s'adonnent par contre beaucoup à l'automédication (84 %).

Tableau 95 Première action thérapeutique par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

Rien fait	Automédication	Recours extérieur	AM + RE*	Total

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	4	3	135	84	21	13	0	0	160	100
Wokpa	1	1	90	75	28	23	1	1	120	100
Gbanlin	3	3	50	49	50	49	0	0	103	100
Djegbé	2	2	100	75	30	23	1	1	133	100
Attannondoho	0	0	69	59	47	41	0	0	116	100
Adougou	4	4	60	59	36	36	1	1	101	100
Gbaffo	12	16	52	68	13	17	0	0	77	100
Attata	7	9	53	70	16	21	0	0	76	100
Gbédé	2	2	84	95	2	2	0	0	88	100
Kilibo	3	3	55	61	32	36	0	0	90	100
Akpéro	2	2	63	70	25	28	0	0	90	100
Toui PK	3	4	50	62	28	35	0	0	81	100
Odo Akaba	1	1	69	70	29	29	0	0	99	100
Total	44	3	930	70	357	27	3	0	1334	100

* Automédication et recours extérieur commencés le même jour.

La situation par village pour les recours extérieurs est presque le complémentaire de celle relevée pour l'automédication puisque, à cause de la rareté l'inaction thérapeutique, tout se résume presque en une alternative entre automédication et consultation extérieure. Ce n'est qu'à Gbanlin que les recours extérieurs font jeu égal (49 %) avec l'automédication dès la première étape de l'itinéraire thérapeutique. Suivent Attannondoho (41 %), Adougou et Kilibo (36 % chacun) et Toui PK (35 %). Par contre, les recours extérieurs directs n'ont attirés que 2 % des malades à Gbédé, 13 % à Idadjo et 17 % à Gbaffo, les deux premiers pâtissant d'une accessibilité limitée aux services de santé, alors que l'acceptabilité du principal service desservant Gbaffo y est faible pour les *Peul*. La fréquence des recours extérieurs directs dans chacun des villages comparée à celle relevée dans l'ensemble des autres villages n'est significative qu'à Gbanlin, Adougou, Idadjo, Gbédé, Attannondoho et Kilibo (test du χ^2 , $p \leq 0,05$).

Certains villages sont plus attachés que d'autres aux remèdes traditionnels. Si l'on compare par village la fréquence d'utilisation des remèdes traditionnels à celle des remèdes modernes, employés exclusivement (cf. Tableau 96), on constate que les habitants de Gbédé et d'Akpéro choisissent significativement (test du χ^2 , $p \leq 0,05$) plus souvent les remèdes traditionnels et plus rarement les médicaments modernes. A Gbédé, seuls 15 % des recours à l'automédication n'incluent pas du tout de remèdes traditionnels, et un quart à Akpéro. L'inverse est vrai pour Wokpa, Gbanlin et Toui PK. Dans ces trois villages, 80 à 83 % des recours à l'automédication passent par l'administration d'au moins un médicament moderne. La préférence pour l'un ou l'autre type de remèdes n'est pas significative dans les autres villages.

Tableau 96 Types de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique, par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	RT seuls		RM seuls		RT+RM		RT-RM		RM-RT		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	33	24	51	38	2	1	35	26	14	10	135	100

Wokpa	15	17	52	58	1	1	16	18	6	7	90	100
Gbanlin	9	18	36	72	0	0	3	6	2	4	50	100
Djegbé	30	30	36	36	6	6	19	19	9	9	100	100
Attannondoho	18	26	31	45	5	7	7	10	8	12	69	100
Adougou	19	32	26	43	3	5	7	12	5	8	60	100
Gbaffo	23	44	22	42	3	6	2	4	2	4	52	100
Attata	20	38	19	36	1	2	7	13	6	11	53	100
Gbédé	38	45	13	15	3	4	18	21	12	14	84	100
Kilibo	15	27	24	44	2	4	5	9	9	16	55	100
Akpéro	22	35	16	25	3	5	17	27	5	8	63	100
Toui PK	10	20	31	62	0	0	5	10	4	8	50	100
Odo Akaba	27	39	27	39	0	0	8	12	7	10	69	100
Total	279	30	384	41	29	3	149	16	89	10	930	100

Légende: RT seuls = remèdes traditionnels utilisés seuls;

RM seuls = remèdes modernes utilisés seuls;

RT+RM = remèdes traditionnels et modernes utilisés simultanément;

RT-RM = recours d'abord aux remèdes traditionnels, puis, au moins un jour plus tard, à des médicaments modernes, en sus ou à la place du premier traitement;

RM-RT = recours d'abord aux médicaments modernes, puis, au moins un jour plus tard, à des remèdes traditionnels, en sus ou à la place du premier traitement.

Il existe une corrélation positive ($r = 0,705$) par village entre la fréquence des recours extérieurs et celle de l'automédication utilisant exclusivement les remèdes modernes. En d'autres termes, les villages dont les habitants commencent le plus souvent un itinéraire thérapeutique par un recours extérieur, presque toujours de type moderne, sont également ceux où les gens s'adonnant à l'automédication utilisent le plus souvent les médicaments modernes seuls. A l'inverse, les villages qui pratiquent le plus volontiers l'automédication sont également ceux qui utilisent le plus les remèdes traditionnels seuls; mais la corrélation est cette fois faible ($r = 0,435$). Par contre, le coefficient de corrélation grimpe à 0,754 lorsque l'on prend en considération non pas les remèdes traditionnels utilisés exclusivement, mais tous les cas d'automédication qui commencent par des remèdes traditionnels. Nous pouvons en conclure qu'il existe des villages dont le comportement de recherche de soins des habitants est plutôt traditionnel, alors qu'il est plutôt moderne ailleurs (l'emploi de ces deux termes, passablement connotés, n'implique pas de jugement de valeurs pour nous).

Les premiers pratiquent essentiellement l'automédication, de préférence la phytothérapie traditionnelle (Gbédé et, dans une moindre mesure, Djegbé, Gbaffo, Attata et Idadjo), alors que les seconds recourent plus volontiers aux services d'un spécialiste moderne et utilisent surtout des remèdes modernes en cas d'automédication (Gbanlin, Attannondoho, Kilibo et Toui PK). Certains villages se situent dans une position intermédiaire ou même présentent des tendances divergentes par rapport à la clé de lecture proposée (les coefficients de corrélation relevés marquent une tendance qui n'est pas très forte). Ainsi, bien que les ménages d'Akpéro recourent significativement plus que la moyenne aux remèdes traditionnels, ils se situent dans la moyenne pour l'utilisation des recours extérieurs et de l'automédication. Alors que les ménages de Wokpa utilisent significativement plus que les autres les médicaments modernes, ils recourent aussi un peu plus que la moyenne à l'automédication, au détriment des recours extérieurs.

Il faut encore noter qu'il serait hâtif d'attribuer ces différences intervillageoises de comportement aux seules variations d'attitudes face à la maladie. Celles-ci jouent

indéniablement un rôle, mais les différences d'accessibilité des services de santé et des points de vente de médicaments modernes influencent également les composantes d'un itinéraire thérapeutique. On constate en effet que les "modernes" habitent plutôt de gros villages ou des agglomérations disposant d'un centre de santé et où il existe plusieurs vendeuses de médicaments. Les "traditionalistes" résident au contraire plutôt dans de petits villages dépourvus de services de santé et où les vendeuses de médicaments sont plus rares, voire absentes. Ainsi, ces comportements traditionnels relèvent à la fois d'un choix et de contraintes.

Encadré 3

La fille de Rosaline, ménagère *nagot* d'environ 38 ans résidant dans l'agglomération de Ouessè, a été gravement malade à l'âge de 8 ans, alors qu'ils habitaient au Nigeria. La maladie est identifiée comme du paludisme "femelle". Sa mère et son père, un commerçant, l'ont tout d'abord traitée au moyen de recettes "familiales", durant un bon mois. En vain. Elle est ensuite traitée durant 8 jours par un guérisseur nigérian. Nouvel échec et aggravation de la maladie. L'enfant est alors emmenée dans un hôpital où travaillent des médecins blancs. Le nouveau traitement lui apporte une amélioration, mais l'enfant connaît des rechutes épisodiques. Entretemps, ils s'établissent dans l'agglomération de Ouessè. Lorsqu'une nouvelle crise survient, ils se rendent à la clinique de soins infirmiers de Botti, sur les conseils de voisines très satisfaites des services de ce privé: "On est étrangers, on ne connaît rien ici".

Souffrant de douleurs abdominales accompagnées de diarrhées et de vomissements, Rosaline s'est rendu au CSSP de Ouessè. Une sage-femme lui parle de plaies dans son ventre et l'envoie à l'hôpital Saint-Martin, fautes de médicaments adéquats au CSSP. Elle s'y est rendue quatre fois, dépensant plus pour le taxi que pour la consultation et les médicaments. Bien qu'on lui ait demandé de revenir tous les 15 jours, elle a cessé de s'y rendre, faute d'argent. Ce début de traitement lui a apporté un grand soulagement (fin des diarrhées et vomissements), mais elle ne se sent pas complètement guérie. Elle est persuadée qu'elle guérira si elle peut continuer ce traitement. Elle considère que l'hôpital Saint-Martin est plus efficace que l'infirmier de Botti et que le CSSP de Ouessè: "On te soigne sérieusement. Ils te trouvent des maladies que tu as oubliées". Toutefois, en cas de nouvelle maladie, elle ira d'abord au CSSP, car plus proche, puis, si ce premier recours extérieur est inefficace, à l'hôpital Saint-Martin. Elle ne va pas chez les privés, qu'elle trouve chers. D'ailleurs, si sa fille a une nouvelle rechute, elle se propose d'essayer l'hôpital, après avoir d'abord tenté durant trois jours de la soigner avec une tisane. Elle utilise d'abord la phytothérapie car elle est gratuite. Ses voisines trouvent également cher le privé qu'elles lui ont conseillé. Elles-mêmes vont principalement au CSSP, réservant le privé, plus proche, pour les urgences le soir ou le dimanche. Le diagnostic influence aussi le choix du thérapeute: en cas d'"attaque", elles emmènent directement leurs enfants au CSSP, car le privé de Botti ne serait pas efficace pour cette maladie.

Les habitants de la sous-préfecture de Ouessè se trouvent engagés dans une lente transition qui les voit passer de l'utilisation exclusive de remèdes traditionnels, essentiellement de la phytothérapie, à l'utilisation, peut-être un jour presque exclusive, de médicaments modernes. En moyenne, cette transition semble être déjà un peu au-delà de la mi-course puisqu'un peu plus de malades commencent actuellement le traitement avec des médicaments modernes plutôt qu'avec des remèdes traditionnels (51 contre 46 %, 3 % commençant simultanément avec les deux types de remèdes; mais cette petite différence n'est pas statistiquement significative d'après le test du χ^2). De plus, 41 % des recours à l'automédication passent exclusivement par la prise de remèdes modernes, alors que cette proportion n'est que de 30 % pour les remèdes traditionnels (différence statistiquement significative).

Le fait que, pour un cas précis de maladie, une personne ait utilisé seulement un type de remèdes ne signifie cependant pas que dans d'autres cas elle ne recourra pas à l'autre type. Le diagnostic, la disponibilité dans le ménage de remèdes, leur accessibilité, la disponibilité d'argent, les conseils, voire les dons de remèdes, de proches... tout concourt à redéfinir à chaque fois une nouvelle stratégie thérapeutique. La transition pharmacologique se caractérise plus par le fait que les mêmes personnes utilisent tantôt un type de remèdes, tantôt l'autre, que par le recours exclusif d'une partie de la population aux remèdes traditionnels et de l'autre partie aux médicaments modernes. D'ailleurs, pour le même épisode de maladie, 29 % des cas ayant recouru à l'automédication ont utilisé l'un et l'autre type de remèdes, que ce soit simultanément ou successivement. Le type de remèdes tenté en premier, lors des thérapies mixtes, est significatif du sens de la transition: du traditionnel vers le moderne. En effet, dans les 238 cas où il y a eu passage d'un type de remèdes à l'autre ou adjonction d'un type à l'autre, les remèdes traditionnels ont généralement précédé les médicaments modernes (63 % des cas, différence statistiquement significative). Le passage aux remèdes traditionnels est moins fréquent (37 %), dès lors que l'on a commencé le traitement par des médicaments modernes. A la notable exception de Kilibo et, dans une bien moindre mesure d'Attannondoho, le passage s'effectue toujours plus souvent des remèdes traditionnels aux médicaments modernes que dans le sens inverse.

Il n'est ni dans notre intention ni dans notre rôle de nous lamenter ou de dicter aux habitants de la sous-préfecture de Ouessè et de l'ensemble du Bénin leurs comportements thérapeutiques. Force est toutefois de constater qu'avec la transition pharmacologique, un patrimoine culturel encore très riche en milieu rural s'estompe peu à peu. Sans un vigoureux sursaut, la quasi disparition des guérisseurs traditionnels est aujourd'hui programmée dans la sous-préfecture de Ouessè. La plupart d'entre eux sont âgés et n'ont pas assuré de relève, tâche d'autant plus difficile et peu motivante, tant pour le maître que pour l'éventuel disciple, qu'ils ne reçoivent presque plus de malades. Plus lent, car il touche un savoir moins spécialisé et beaucoup plus largement partagé, le même processus est en marche pour les connaissances phytothérapeutiques populaires. L'urbanisation, les migrations¹, la diminution progressive de la proportion des agriculteurs et des éleveurs, le rejet en bloc de pans entiers de la culture traditionnelle par les adeptes des nouvelles religions synchrétiques... favorisent cette transition vers des produits pharmaceutiques à l'accessibilité sans cesse croissante et à l'efficacité souvent éprouvée.

De nouvelles pratiques remplacent progressivement les anciennes, sans qu'elles soient encore bien assurées, faute d'une longue expérience. La période de syncrétisme thérapeutique actuelle que connaît le Bénin n'est donc pas exempte de risques pour la santé: vendeurs de médicaments et thérapeutes autoproclamés aux compétences très limitées, voire nulles, consommation inconsidérée de médicaments modernes, notamment d'antibiotiques, consommation simultanée de remèdes modernes et/ou traditionnels incompatibles entre eux, médicaments périmés, sous-dosés, voire sans principe actif (POLE, 1989), intoxication accidentelle des enfants... L'impact micro et macro-économique de la substitution des "produits indigènes" par les médicaments modernes n'est pas négligeable non plus. Désormais, les ménages doivent acheter leurs remèdes et le pays en importe la quasi totalité, qui plus est au prix fort depuis la dévaluation du franc CFA. D'un système d'approvisionnement non marchand et atomisé, on passe donc à un système marchand, largement centralisé (du moins pour le commerce officiel des médicaments!) et dépendant de l'extérieur. Toutefois, si la population glisse peu à peu d'un type de remèdes à l'autre, c'est que globalement elle y trouve son compte. Nous ne pouvons pas affirmer, comme le montre toute cette thèse, que les comportements de

¹ L'immigration rurale surtout, mais aussi les migrations de campagne à campagne, tant le milieu naturel peut être différent et ne plus offrir les végétaux permettant de composer les recettes phytothérapeutiques usuelles de la région de départ.

recherche de santé sont essentiellement pragmatiques et rationnels, puis le nier pour défendre un patrimoine culturel menacé.

Etudions maintenant si, d'un village à l'autre, il existe de grandes différences dans le type de recours extérieurs utilisés comme première étape de l'itinéraire thérapeutique. Nous avons déjà vu que devins et églises thérapeutiques n'interviennent jamais durant cette première étape. Il en va pour ainsi dire de même pour les guérisseurs traditionnels, qui n'ont été utilisés qu'une fois, dans le village sans service de santé moderne et très isolé d'Idadjo. En tant que recours extérieur spécialisés, les seuls réels "concurrents" des agents de la médecine moderne formelle sont les très rares secouristes des UVS encore actifs et surtout quelques infirmiers et assimilés privés, fixes ou itinérants. Si l'on compare l'utilisation des services de santé formels à tous les autres recours (cf. Tableau 97), seuls cinq villages s'écartent significativement (test du χ^2 , $p \leq 0,05$) de l'ensemble des autres villages. Ce sont Gbanlin et Adougou, dont les ménages n'ont fréquenté que des services de santé formels et Akpéro, Toui PK et surtout Idadjo, qui se caractérisent par une utilisation des services de santé formels inférieure à la moyenne.

Le Tableau 98 nous indique où vont se faire soigner les malades qui choisissent un service de santé formel comme première instance thérapeutique. Globalement, le CSSP de Ouessè a attiré 40 % des patients, l'ensemble des CCS 37 %, l'hôpital Saint-Martin 18 % et l'ensemble des autres hôpitaux à l'extérieur de la sous-préfecture 5 %. Sans surprise, et nous retrouvons là ce que nous avons longuement démontré plus haut à partir des registres de patients, c'est la proximité et, dans une moindre mesure, le niveau hiérarchique des services de santé qui déterminent le choix de l'un d'eux. Comme nous l'avons déjà relevé à partir des registres, les malades d'Idadjo préfèrent se rendre au CSSP de Ouessè, plutôt que dans leur CCS, pourtant plus proche. Dans une certaine mesure, il se passe la même chose pour les malades de Wokpa, village à 5 kilomètres du CCS de Tosso et à 15 kilomètres du CSSP de Ouessè. Sur les 39 patients de Gbanlin qui ont utilisé le CCS de Gbanlin, 29 sont restés à la maternité de Gbanlin, qui fonctionne aussi comme dispensaire depuis 1994, mais tout de même 10 sont allés au dispensaire de Tosso, à 2 kilomètres. Selon l'enquête, plus des trois quarts des patients des services de santé formels provenant de Djegbé ont utilisé leur CCS. Selon l'analyse exhaustive des registres de santé, les patients de ce village se répartissent également entre leur CCS, le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin. Comme le suggère aussi d'autres indices, il n'est pas impossible que l'infirmière de Djegbé n'enregistre pas tous les patients qui la consultent.

Tableau 97 Types de recours extérieurs utilisés comme première action thérapeutique, par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Agent de santé formel		Guérisseur		Secouriste		Privé		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	12	57	1	5	8	38	0	0	21	100
Wokpa	29	100	0	0	0	0	0	0	29	100
Gbanlin	50	100	0	0	0	0	0	0	50	100
Djegbé	26	84	0	0	0	0	5	16	31	100
Attannondoho	42	89	0	0	0	0	5	11	47	100
Adougou	37	100	0	0	0	0	0	0	37	100
Gbaffo	11	85	0	0	0	0	2	15	13	100
Attata	14	88	0	0	1	6	1	6	16	100
Gbédé	2	100	0	0	0	0	0	0	2	100

Kilibo	26	81	0	0	0	0	6	19	32	100
Akpéro	18	72	0	0	5	20	2	8	25	100
Toui PK	20	71	0	0	0	0	8	29	28	100
Odo Akaba	29	100	0	0	0	0	0	0	29	100
Total	316	88	1	0	14	4	29	8	360	100

Aucun malade de l'est de la sous-préfecture n'est allé se faire soigner au CSSP de Ouessè. Des 14 patients d'Akpéro qui ont fréquenté un CCS, 12 sont allés au CCS de Kilibo, à 8 kilomètres, et seulement 2 dans le CCS auquel ils sont officiellement rattachés: Kémon, à 5 kilomètres. Même au travers de la base statistique étroite de notre enquête, le conflit entre ces deux villages est donc perceptible. Cette enquête confirme également que le CCS de Toui n'arrive pas concurrencer l'hôpital Saint-Martin dans la moitié nord de la commune de Toui (Toui PK, Odo Akaba). Hormis pour ces deux villages et pour Gbanlin, l'hôpital confessionnel paraît par contre un peu moins attractif que ne l'avait indiqué l'étude des registres de santé. Nous ne revenons pas ici sur les autres hôpitaux fréquentés à l'extérieur de la sous-préfecture, détaillés plus haut.

Encadré 4

Une femme *nagot* de 38 ans qui habite à Zongo, le quartier des "étrangers" de Ouessè est ulcéreuse chronique depuis une dizaine d'années. Elle suit un régime et prend des médicaments amenés de Porto-Novo, où elle habitait encore il y a cinq mois. Comme elle n'a pas renouvelé à temps son stock de médicaments, elle a fait une crise. Elle est allée à la pharmacie du CSSP pour voir s'ils n'avaient pas de l'atropine, pour calmer son ulcère. Comme elle n'en avait pas, elle est repartie, sans même consulter. Elle s'est ensuite rendue, tout aussi vainement, au dépôt pharmaceutique de Ouessè. Le surlendemain de la survenue de la crise, "poussée par la nécessité, car il n'y a pas de secours dans la sous-préfecture", elle se rend à l'hôpital Saint-Martin, sans avoir pratiqué d'automédication préalable. Elle y va sur conseil d'un parent qui est un habitué de cet hôpital, parce que c'est moins cher et que l'on y est mieux soulagé. Une seule visite lui a suffi. Elle est d'abord vue par un infirmier, puis par le directeur de l'hôpital. Elle a trouvé l'accueil bon et le traitement efficace, de sorte qu'elle y retournera au besoin. Mais elle se contentera d'aller au CSSP s'il y a de petits problèmes dans sa famille. Avec les trajets, cette visite à l'hôpital Saint-Martin lui a pris la journée (de 8 à 19 heures).

Tableau 98 Services de santé modernes formels utilisés comme première action thérapeutique, par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	CSSP Ouessè		CCS		Hôpital St-Martin		Autres hôp.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	7	58.3	3	25.0	0	0.0	2	16.7	12	100.0
Wokpa	11	37.9	17	58.6	1	3.4	0	0.0	29	100.0
Gbanlin	4	8.0	39	78.0	7	14.0	0	0.0	50	100.0
Djebé	4	15.4	20	76.9	1	3.8	1	3.8	26	100.0
Attannondoho	40	95.2	0	0.0	0	0.0	2	4.8	42	100.0
Adougou	35	94.6	0	0.0	1	2.7	1	2.7	37	100.0
Gbaffo	11	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	100.0

Attata	13	92.9	0	0.0	1	7.1	0	0.0	14	100.0
Gbédé	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Kilibo	0	0.0	23	88.5	1	3.8	2	7.7	26	100.0
Akpéro	0	0.0	14	77.8	3	16.7	1	5.6	18	100.0
Toui PK	0	0.0	0	0.0	15	75.0	5	25.0	20	100.0
Odo Akaba	0	0.0	0	0.0	28	96.6	1	3.4	29	100.0
Total	125	39.6	118	37.3	58	18.4	15	4.7	316	100.0

Le recours aux UVS et aux infirmiers privés reflète aussi essentiellement leur accessibilité, ou plutôt leur disponibilité devrions nous dire, tant le bas niveau des prestations de la plupart d'entre eux ne les rend concurrentiels que comme recours local. L'UVS d'Idadjo joue un rôle non négligeable auprès des habitants de ce village, puisque 8 des 21 premiers recours extérieurs y ont été assurés. Mais il semblerait que le secouriste se contente de fonctionner comme un simple vendeur de médicaments. Il s'agit donc là plus d'automédication que de consultation d'un spécialiste de la santé. Cette transformation progressive des UVS en un simple dépôt pharmaceutique de médicaments de première nécessité a également été relevée à Gbédé. Ce doit être une tendance fréquente des UVS, puisqu'elle est aussi signalée au Burkina Faso (SOUBEIGA, 1993). A l'UVS d'Akpéro, la matrone fonctionne parfois aussi comme secouriste, après que celui-ci se soit retiré. Cinq recours extérieurs sur 25 y ont eu lieu. Nous avons inclus dans notre échantillon les deux seuls villages où les secouristes étaient encore bien actifs (Attata et Toui PK) afin d'évaluer l'impact d'une UVS sur les itinéraires thérapeutiques. Malheureusement, la vieille matrone de Toui PK, qui officiait également comme secouriste, est décédée quelques mois avant l'enquête. De même, excédé de ne jamais rien recevoir en retour des villageois, malgré leurs promesses initiales, le secouriste d'Attata venait de cesser presque toute activité, pour mettre les villageois au pied du mur.

La moitié des échantillons villageois n'ont pas du tout utilisé d'infirmiers privés: leur village n'en dispose pas ou ne reçoit pas leur visite. Dérisoire par rapport au total des cas de maladie, leur rôle n'est pourtant pas négligeable dans quelques villages, par rapport aux autres recours extérieurs. C'est le cas à Toui PK, à Kilibo, à Djegbé et à Attannondoho. Le premier de ces villages reçoit la visite occasionnelle et à titre privé d'un infirmier de l'hôpital Saint-Martin. Pour les habitants de ce village mal relié à la route goudronnée et désormais sans secouriste, cette initiative est vraiment la bienvenue. Elle l'est moins pour la direction de l'hôpital, dont le règlement interdit toute pratique privée. Il n'est donc pas certain que cette situation perdure. Kilibo bénéficie d'un jeune infirmier diplômé du cru, qui n'a pas trouvé d'embauche dans la fonction publique. Celui-ci effectue aussi des tournées dans les villages environnants, notamment Akpéro. A Djegbé, deux ou trois secouristes privés attirent une maigre clientèle, alors qu'à Attannondoho, dans la commune de Laminou (agglomération de Ouessè), un infirmier à la retraite originaire du lieu, une sage-femme diplômée, ancienne stagiaire au CSSP et un poste de secours privé, tous implantés dans la commune, se partagent quelques rares patients, la plupart préférant le CSSP, à peine plus éloigné.

Encadré 5

Un agriculteur de 25 ans d'Idouya a eu une "maladie mystérieuse" qui l'a tenu alité pendant trois mois. Il décrit ainsi quelques symptômes: "J'avais les yeux qui tournaient. C'était comme si on me coupait la chaire et comme si quelque chose me suçait la sang" (allusion probable à un ensorcellement anthropophagique). Avec l'aide d'un grand "frère" "assez fort,

mais pas guérisseur, il se traite d'abord pendant deux mois avec des tisanes de la brousse; suite de quoi, il va un peu mieux. Même si en général il n'a pas l'habitude de consulter (aussi bien les agents de santé modernes que les guérisseurs ou les devins) et bien qu'il soit chrétien, il a ensuite fait venir un marabout (*alfa* en *nagot*, marabout guérisseur musulman¹) d'Attata. Cet *alfa* avait précédemment guéri plusieurs personnes à Idouya. Le traitement prescrit consiste à égorger un bœuf et à piétiner le sang à terre, avec des prières... et deux médicaments modernes durant trois semaines. Après ce traitement qui le protège aussi à l'avenir, il se sent mieux, mais ses yeux lui tournent encore de temps en temps. Le malade a dès le début pensé à un empoisonnement. Sur les conseils de ses parents, il ne s'est pas rendu à l'hôpital, jugé inefficace dans ce cas.

Diagnostiques et gravité de la maladie

Nous traitons ici très rapidement des diagnostics rencontrés lors de notre enquête domiciliaire et de leur gravité perçue. Nous reviendrons plus longuement sur les diagnostics en tant que déterminants des choix thérapeutiques (partie IV, chap. 2c) et sur la prévalence apparente des maladies (partie V, chap. 1c). Les diagnostics seront de plus analysés par village dans la cinquième partie, où l'on cherchera à approcher l'état de santé de la population. Nous ne fournissons donc ici que les chiffres globaux des pathologies, symptômes et traumatismes impliqués dans les itinéraires thérapeutiques étudiés. Il en va de même de la gravité perçue des cas de maladie, détaillée plus loin comme déterminant des actions thérapeutiques entreprises et comme indicateur d'efficacité relative du traitement dans les différents types de services de santé. Rappelons que les diagnostics étudiés, en fait des autodiagnostic, ne couvrent pas l'ensemble des pathologies rencontrées dans la sous-préfecture de Ouessè. Nous nous sommes volontairement limité dès le départ à treize catégories de diagnostics.

Les deux diagnostics les plus fréquents sont de loin le "paludisme femelle" (paludisme) et la toux accompagnée de fièvre, avec respectivement presque 29 et 25 % des cas (cf. Tableau 99). La diarrhée (14 %) et la dysenterie (12 %) constituent ensemble un quart des cas. On retrouve donc en tête de notre échantillon la trilogie des maladies occasionnant le plus de consultations dans les services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè, comme de tout le Bénin. Selon les statistiques officielles, le paludisme est plus fréquent en moyenne annuelle que dans notre échantillon, alors que les maladies respiratoires sont plus rares. Il faut y voir un effet de la saison. Notre enquête s'est déroulée de fin janvier à début février. Elle s'inscrit donc en fin de la saison sèche et froide. A cette époque, le paludisme est en phase de régression, beaucoup de collections d'eau ayant déjà tari et l'harmattan gênant les anophèles adultes. La prévalence du paludisme va encore diminuer avec la saison sèche et chaude, avant de remonter quelques semaines après les premières pluies. La saison sèche et froide connaît par contre le pic des maladies respiratoires, favorisées par le froid (relatif) et l'harmattan.

Le "paludisme mâle" (ictère) constitue 6 % des cas de maladie, suivi de près par le *manyen* (candidose digestive), avec 5 %. Cette dernière proportion est élevée, si l'on considère que cette maladie frappe essentiellement les très jeunes enfants. Toutes les autres maladies représentent chacune moins de 4 % de total des cas, certaines étant même fort rares: maladies sexuelles transmissibles (sans doute sous-déclarées, que ce soit volontairement ou parce que la

¹ Il s'agit d'une des très rares mentions de marabout recueillie dans la sous-préfecture. Comme pour les guérisseurs vaudou, qui confectionnent souvent des gris-gris, leurs compétences ne se limitent pas à la seule santé, au sens étroit où nous l'entendons habituellement. Ce marabout en particulier "sait apporter un remède aux problèmes d'argent". Ils savent aussi deviner l'avenir et prescrire les sacrifices nécessaires pour s'éviter les malheurs prédits. Il y en aurait un à Kombon, un à Kokoro, un à Challa Ogoi, un à Attata et plusieurs à Ouessè (liste non exhaustive). Moins nombreux que les guérisseurs traditionnels, ils semblent encore plus qu'eux en déclin. Un informateur dira: "Ils ne sont pas très compétents actuellement, ils cherchent à manger".

personne qui répond ignore certains cas dans le ménage), rougeole (en forte régression avec l'augmentation de la couverture vaccinale) et les traumatismes. Ces derniers sont les grands absents de notre enquête, puisque, avec environ 5 % du total des diagnostics, les traumatismes arrivent en quatrième position dans les services de santé formels, aussi bien de la sous-préfecture que de l'ensemble du Bénin. Dans notre enquête, nous ne nous sommes intéressé qu'aux traumatismes considérés comme graves par les personnes interrogées, afin d'écarter les cas les plus bénins que l'on traite pas ou à peine. Il semblerait que cette restriction ait trop fortement opérée, ce qui expliquerait une partie de l'écart entre nos chiffres et ceux relevés dans les services de santé.

Tableau 99 Gravité perçue par diagnostic des cas de maladie déclarés pour les 30 derniers jours (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Très grave		Assez grave		Pas/peu grave		Ne sais pas+SM		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% ligne % colon.
“Paludisme mâle”	39	51.3	25	32.9	12	15.8	0	0.0	76	100.0 5.7
“Paludisme femelle”	56	14.5	131	33.9	191	49.5	8	2.1	386	100.0 28.9
Diarrhée	29	15.6	64	34.4	90	48.4	3	1.6	186	100.0 13.9
Dysenterie	24	15.1	51	32.1	82	51.6	2	1.3	159	100.0 11.9
Toux + fièvre	50	15.2	135	41.0	141	42.9	3	0.9	329	100.0 24.6
“Attaque”	5	18.5	12	44.4	10	37.0	0	0.0	27	100.0 2.0
Rougeole	2	22.2	5	55.6	2	22.2	0	0.0	9	100.0 0.7
<i>Manyan</i>	15	25.9	28	48.3	14	24.1	1	1.7	58	100.0 4.3
Mal. sex. trans.	0	0.0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4	100.0 0.3
Rhumatisme	10	33.3	13	43.3	5	16.7	2	6.7	30	100.0 2.2
Traumat. graves	5	50.0	3	30.0	2	20.0	0	0.0	10	100.0 0.7
Hernie*	17	34.7	15	30.6	16	32.7	1	2.0	49	100.0 3.7
Morsures serpents*	8	57.1	4	28.6	1	7.1	1	7.1	14	100.0 1.0
Total	260	19.4	488	36.5	567	42.4	22	1.6	1337	100.0 100.0

* Pendant les 365 derniers jours.

Bien que nous ayons écarté de nos investigations les maladies considérées a priori comme les plus bénignes, beaucoup de cas de maladie ont été considérés comme peu ou pas graves par les personnes interrogées (42,4 %). Les maladies considérées comme assez graves suivent (36,5 %), alors que les maladies très graves constituent à peine un cinquième des cas. Les cas de maladies considérés comme très graves se recrutent principalement dans les catégories morsures de serpents (57,1 % d'entre elles sont dites très graves), le “paludisme mâle” (51,3 %), les traumatismes graves (50 %), puis plus loin les hernies (34,7 %) et le rhumatisme (33,3 %). A l'inverse, les maladies sexuelles transmissibles ne sont jamais considérées comme très graves (mais seulement quatre cas). Les maladies les plus fréquentes sont rarement tenues pour très graves: “paludisme femelle”, toux avec fièvre, diarrhée et dysenterie (de 14,5 à 15,6 %). Contrairement à ce que nous laissaient entendre des entretiens semi-dirigés avec la population, l'attaque, la rougeole et le *manyen* ont assez peu souvent été considérés comme très graves (de 18,5 à 25,9 %).

Les cas de maladie le plus souvent jugés peu ou pas graves sont des cas de dysenterie, de “paludisme femelle”, de diarrhée et de toux accompagnée de fièvre (de 51,6 à 42,9 %). Les morsures de serpents, le “paludisme mâle”, le rhumatisme et les traumatismes graves sont par contre rarement considérés comme peu ou pas graves (de 7,1 à 20 %). On retrouve donc assez logiquement parmi les cas de maladie les moins graves le classement inversé des cas de maladie les plus graves.

Pour les cas de maladie assez graves, les différences d’une catégorie de maladie à l’autre sont beaucoup moins tranchées que pour les cas les plus et les moins graves.

Justification du choix du premier recours thérapeutique par les malades

Dans la quatrième partie de la thèse, nous croiserons certaines caractéristiques des malades ou des ménages auxquels ils appartiennent avec les choix thérapeutiques qu’ils ont effectués afin de dégager les principaux déterminants des itinéraires thérapeutiques. En complément à cette approche, il nous a aussi paru intéressant de demander directement aux malades ou aux responsables de leurs ménages les raisons qui les ont poussés à retenir telle ou telle option thérapeutique. Lorsqu’un malade n’a rien fait pour se soigner, nous lui avons demandé “pourquoi n’avez-vous rien fait?” (cf. questionnaire en Annexe 1). Lorsque l’itinéraire thérapeutique commence par un recours à l’automédication, nous avons demandé “pourquoi a-t-on décidé de traiter d’abord le malade à la maison plutôt que d’aller directement consulter à l’extérieur?”. A l’inverse, lorsque la première étape est un recours extérieur, nous avons posé la question suivante: “Pourquoi avez-vous décidé de consulter tout de suite, plutôt que de commencer par traiter le malade à la maison?”. A partir des entretiens préalables et des résultats de la préenquête, une série de réponses potentielles ont été définies et inscrites sur le questionnaire. L’enquêteur n’avait qu’à cocher la ou les cases correspondant à la réponse. Ces réponses potentielles n’étaient toutefois pas suggérées aux personnes interrogées et une case “autres (à préciser)” permettait d’intégrer des motivations non envisagées. Ce sont les réponses à ces trois questions que nous allons maintenant analyser.

Pour les 44 malades qui n’ont rien entrepris pour se soigner, 52 motifs ont été invoqués (cf. Tableau 100). Les deux raisons les plus fréquemment citées (29 % des mentions chacune) sont l’absence de gravité attribuée au cas de maladie en question et le manque d’argent. Ces deux causes de non traitement sont toutefois à relativiser, dans la mesure où seule une très faible proportion de malades renoncent à tout traitement. En fait, seul 1 % de l’ensemble des malades n’ont pas accédé à des soins pour des motifs financiers, selon leurs dires, et autant en raison du peu d’importance attribuée au cas de maladie. Une enquête couvrant toute l’agglomération de Cotonou indique que le manque de moyens financiers a été invoqué dans 72 % des cas de non recours au traitement, encore plus rares que dans la sous-préfecture de Ouessè (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998). Un quart des réponses font référence à une maladie incurable, pour laquelle on a déjà longtemps par le passé cherché en vain un traitement efficace ou au moins un palliatif. Il s’agit de maladies chroniques, dont le malade a souffert durant les 30 jours pris en compte par l’enquête, mais qui n’ont donné lieu à aucun traitement durant cette période. La maladie et la quête thérapeutique subséquente ont “fatigué” le malade, qui, ayant “déjà tout fait”, a abdiqué et prend son mal en patience. Seules 4 % des réponses mentionnent le trop grand éloignement des services de santé pour justifier l’absence de toute action thérapeutique (2 malades sur 44 qui n’ont rien entrepris, mais sur un total de 1’334 épisodes!). Ce résultat est surprenant lorsque l’on sait l’impact de la distance sur le taux d’utilisation des services de santé (cf. partie III, chap. 2b) et les nombreuses demandes de construction de services de santé locaux, comme suggestions émises par les personnes interrogées pour améliorer l’état de santé de la population (cf. partie V, chap. 3a). Treize pour cent des réponses mentionnent diverses autres causes: on “laisse la maladie à Dieu”, notamment parce que, en tant

que membre de l'Eglise du christianisme céleste, on a la foi; deux personnes pensent que leur diarrhée est liée à une autre maladie, il suffit donc de traiter cette maladie; une autre personne assure que consommer de l'*akassa* délayé – une pâte de maïs fermentée qui constitue l'un des aliments de base dans tout le Sud et Moyen Bénin – suffira à guérir sa maladie, nous sommes ici à la limite entre l'automédication et l'inaction thérapeutique; une dernière personne souffre d'une hernie, "à opérer un jour".

Il n'est pas exclu que quelques uns de ces malades n'aient encore rien entrepris tout simplement parce que la maladie était récente lors du passage des enquêteurs. Notons toutefois que cette raison n'a jamais été évoquée. De plus 20 des 44 épisodes étaient achevés lors de l'enquête et seulement 10 des 24 épisodes inachevés duraient depuis une semaine ou moins.

Tableau 100 Motifs d'inaction thérapeutique par village (plusieurs réponses possibles; source: enquête domiciliaire, 1995).

	Pas grave	Pas argent	Incurable	Loin	Autre	Tot. réponses	Tot. cas
Idadjo	3	0	1	0	0	4	4
Wokpa	1	0	0	1	0	2	1
Gbanlin	0	2	0	0	1	3	3
Djebé	0	1	1	0	1	3	2
Attannondoho	0	0	0	0	0	0	0
Adougou	1	1	1	0	2	5	4
Gbaffo	2	7	4	0	1	14	12
Attata	2	3	4	0	0	9	7
Gbédé	2	0	0	0	0	2	2
Kilibo	1	0	0	0	2	3	3
Akpéro	1	1	0	1	0	3	2
Toui PK	1	0	2	0	0	3	3
Odo Akaba	1	0	0	0	0	1	1
Total réponses	15	15	13	2	7	52	44
% tot. réponses	29	29	25	4	13	100	

Le nombre de cas est bien trop limité pour être analysé de façon pertinente par village. Signalons tout de même que les deux personnes qui ont renoncé à se soigner à cause de l'éloignement des services de santé habitent effectivement dans des villages localisés à 5 kilomètres du dispensaire le plus proche. Mais les malades de trois villages, à l'accessibilité nettement plus limitée aux services de santé, n'invoquent pas cette cause. Bien que les *Peul* soient communément considérés comme des gens riches par les autres ethnies, ceux de Gbaffo mentionnent souvent le manque d'argent pour expliquer pourquoi ils ne se soignent pas.

Les 930 malades qui ont commencé leur itinéraire thérapeutique par l'automédication ont donné 1'162 réponses pour justifier cette préférence (cf. Tableau 101). Deux grands types de causes sont avancées. Il y a tout d'abord des raisons négatives: le manque d'accès aux services de santé (environ un tiers des réponses). Il y a ensuite des motifs plus positifs renvoyant à la capacité des ménages à prendre en charge la santé de leurs membres (environ deux tiers des réponses). Cette proportion est encore plus élevée à Cotonou, sans doute parce que l'accès aux soins dispensés par des spécialistes de la santé y est meilleur qu'en milieu rural: 83 % des ménages y justifient l'utilisation habituelle de l'automédication comme premier recours par leur

connaissance de la symptomatologie ou de la bénignité supposée du cas (AKANGAH, 1986). Ce dernier résultat est confirmé par Gomes do Espirito Santo, Floury et Cissé (1998), qui ont relevé pour l'ensemble de l'agglomération cotonnoise que 65 % des cas d'automédication sont motivés par l'habitude d'utiliser certains traitements pour soigner des maladies ou des symptômes connus. Les motifs d'ordre financier constituent 40 % des réponses, les autres motifs (plusieurs réponses possibles) restant marginaux. Les motivations financières ne sont même que de 27 % dans une autre enquête, limitée à un quartier de Cotonou (BOULLOUDANI, 1996). Par contre, les motivations financières représentent la moitié des raisons du non recours à un service de santé public selon une enquête nationale menée en 1989 (SOUCAT, GANDAHO, LEVY-BRUHL [*et al.*], 1997). Il se peut que l'importance des barrières financières résulte alors de l'introduction récente du paiement des soins et des médicaments.

Parmi les raisons négatives, on retrouve la plupart des dimensions de l'accès et des barrières qui les caractérisent. Vient en tête la dimension économique de l'accès: 29 % des réponses invoquent le manque d'argent. Tout en insistant avec force sur le frein à l'utilisation des services de santé que constitue un bas niveau économique général, quelques interlocuteurs en soulignent les conséquences dramatiques sur l'état de santé de la population: "Il y a trop de maladies graves et les gens manquent d'argent, ce qui fait qu'ils n'arrivent pas à envoyer les malades à l'hôpital, d'où un taux de mortalité élevé" (un agriculteur jamais scolarisé d'Adougou). Le manque d'argent est évidemment une donnée passablement relative. Parfois, c'est le coût d'un traitement qui est jugé excessif, sans faire directement allusion à la capacité de le payer: "Pour une simple maladie de rien on va vous prescrire une ordonnance d'une valeur de 6'000 F CFA, alors que le mal est très simple. C'est une raison qui motive nos absences au centre de santé de Ouessè".

L'acceptabilité des traitements proposés dans les services de santé pose également problème dans certains cas (3 %): les services de santé modernes, souvent collectivement désignés sous le nom d'hôpital, sont jugés inefficaces, impropres, voire dangereux, pour résoudre certains cas de maladie. Il ne s'agit presque jamais d'une contestation globale de l'efficacité thérapeutique de l'hôpital, mais bien de la croyance, fondée sur une expérience plus ou moins pertinente, que certains types de maladies échappent au ressort de la médecine moderne. Il est indubitable que, si les catégories de maladies que nous avons investiguées avaient inclus les maladies mentales et la sorcellerie, la proportion des cas ne relevant pas de la médecine moderne serait plus importante.

Quels sont les diagnostics étudiés pour lesquels la confiance de la population dans la capacité des services de santé modernes à les résoudre est la plus faible? Pour chaque catégorie de maladie, nous avons calculé la proportion de cas d'abord traités par automédication qui sont déclarés non pertinents "pour l'hôpital". Nous avons obtenu 25 % pour les morsures de serpents et le "rhumatisme", 7 % pour le *manyen* (vraisemblablement la candidose digestive) et le "paludisme mâle" (ictère), 6 % pour les hernies, 5 % pour les dysenteries, 3 % pour la toux accompagnée de fièvre... Ces chiffres sont à prendre avec précaution car les effectifs sont faibles (34 cas de maladie qui "ne sont pas pour l'hôpital"). Encore faudrait-il savoir si, dans l'esprit des personnes qui nous ont signalé ces maladies, tous les cas de morsures de serpents, de rhumatismes, de "paludisme mâle" etc. ne sont pas du ressort de la médecine moderne ou s'il s'agit seulement de certains cas précis de ces maladies, identifiés à partir de symptômes ou de circonstances de survenue particuliers. Sous certaines conditions, des maladies habituellement tenues pour naturelles peuvent en effet être considérées comme des maladies provoquées. Il n'en demeure pas moins que les services de santé modernes, pas plus que la médecine traditionnelle, ne sont tout puissants. Elle est effectivement tout particulièrement dépourvue face aux rhumatismes, surtout lorsque l'on n'a pas su y voir un cas de drépanocytose, contre les morsures

de serpents, lorsque l'on ne dispose pas de réfrigérateur pour le sérum antivenimeux, contre les hernies, quant il n'y a pas un service de chirurgie...

Tableau 101 Motifs invoqués pour les malades qui ont préféré l'automédication à une consultation extérieure comme première action thérapeutique (plusieurs réponses possibles; source: enquête domiciliaire, 1995).

	Faut lutter		Pas argent		Gratuit		Connaît remèdes		Rem. faciles		Mal. pas grave		Services loin		Hôp. pas eff. pour ça		Autres		Total	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)											
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	13	7	61	34	15	8	57	32	18	10	5	3	2	1	2	1	5	3	178	100
Wokpa	51	43	28	24	5	4	23	19	2	2	3	3	3	3	0	0	4	3	119	100
Gbanlin	10	16	16	25	6	10	17	27	2	3	3	5	0	0	4	6	5	8	63	100
Djegbé	29	23	32	26	6	5	43	35	5	4	2	2	0	0	1	1	6	5	124	100
Attannond.	22	28	12	15	1	1	36	46	1	1	5	6	0	0	1	1	1	1	79	100
Adougou	13	16	16	20	5	6	28	35	3	4	4	5	0	0	8	10	4	5	81	100
Gbaffo	16	25	27	42	1	2	9	14	3	5	0	0	0	0	8	13	0	0	64	100
Attata	21	32	20	31	0	0	15	23	1	2	5	8	0	0	2	3	1	2	65	100
Gbédé	13	11	40	35	2	2	33	29	17	15	2	2	5	4	3	3	0	0	115	100
Kilibo	12	19	23	37	0	0	15	24	3	5	7	11	0	0	0	0	2	3	62	100
Akpéro	28	39	17	24	1	1	17	24	3	4	2	3	1	1	2	3	0	0	71	100
Toui PK	15	25	22	37	1	2	14	23	1	2	5	8	2	3	0	0	0	0	60	100
Odo Akaba	18	22	19	23	1	1	29	36	8	10	3	4	0	0	3	4	0	0	81	100
Total	261	22	333	29	44	4	336	29	67	6	46	4	13	1	34	3	28	2	1162	100

- Légende: (1) Affirmation explicite de la nécessité de d'abord lutter à domicile avant de recourir à un spécialiste de la santé.
 (2) Réponses insistant sur l'incapacité ou à la difficulté financières à effectuer un recours extérieur.
 (3) Réponses insistant plutôt sur la gratuité de l'automédication.
 (4) Capacité à prendre en charge le cas dans le cadre de l'automédication, car le ménage connaît des remèdes efficaces pour ces cas de maladie.
 (5) Réponses insistant sur la facilité à se procurer des remèdes en vue de l'automédication.
 (6) Cas de maladie perçu comme grave.
 (7) Eloignement physique des services de santé.
 (8) Inefficacité de la médecine moderne pour ce type de cas.
 (9) Tout autre type de réponses non classées ci-avant.

Remarquons au passage que sur les 34 cas pour lesquels on a affirmé que l'hôpital n'est d'aucun secours, 5 ont donné lieu à une consultation extérieure après l'automédication: 4 chez un tradipraticien et 1 dans un hôpital hors de la sous-préfecture, puis chez un guérisseur. Ainsi, la classification populaire, voire familiale, des maladies (nosologie) semble contenir une bonne valeur prédictive de la nature du recours extérieur éventuellement utilisé, du moins pour l'opposition entre maladies naturelles et maladies provoquées. Toutefois, comme l'indique le cas de recours à un hôpital après avoir affirmé que la maladie en question n'est pas de son ressort, de telles classifications peuvent se modifier avec l'évolution de la maladie et l'apparition d'éléments ou d'interprétations nouveaux entourant sa survenue et son déroulement. Sans forcément réviser sa perception de la maladie, un malade peut également faire preuve de

pragmatisme et expérimenter un traitement qui n'est pas, a priori selon lui, le plus approprié à son mal¹.

Plus que l'inadéquation perçue du traitement proposé au mal dont on souffre, c'est parfois le service de santé en tant que tel qui est inacceptable, le plus souvent en raison du mauvais accueil qu'on y rencontre. Les *Peul*, qui bénéficient très probablement d'un "traitement particulier" à cet égard (nous n'avons pas pu l'observer directement), sont particulièrement critiques. Une femme *peul* affirme d'ailleurs sans ambages: "On nous traite comme des animaux". Par contre, contrairement à ce qu'affirme la rumeur, nous n'avons rencontré aucun adepte des nouvelles religions syncrétiques disant renoncer, par principe, aux recours extérieurs, à l'exclusion bien entendu des services thérapeutiques de leur église. Selon la même rumeur, les adeptes les plus extrémistes renoncent aussi à l'automédication, remettant leur santé entre les mains de Dieu ou de leur église. On se souvient qu'une personne avait justifié de la sorte l'absence de tout traitement.

Voyons sous quelles formes s'expriment les réticences envers la consultation de spécialistes de la santé. Elles expriment bien l'image que se fait des services de santé modernes la partie la plus critique ou la plus méfiante de la population:

Les comprimés sont inefficaces [un homme de 70 ans ayant soigné son "paludisme femelle" au moyen de produits de la brousse];

Je ne demande aucune aide. Il faut faire l'automédication... car le traitement est inefficace à l'hôpital;

J'ai fait de l'automédication car les remèdes de l'hôpital sont inefficaces [mais loin de rejeter les potentialités de la médecine moderne, cette personne souhaite un apport de comprimés efficaces à l'hôpital de Ouessè pour avoir beaucoup de patients à la consultation];

On meurt s'il y a injection [la plupart des patients réclament au contraire des injections, considérées comme beaucoup plus efficaces que les comprimés];

Quand j'utilise des produits modernes, cette maladie [une dysenterie] *s'aggrave en moi;*

Les infirmiers disent qu'il n'y a pas de remèdes contre la toux;

L'hôpital ne connaît pas de remède contre le paludisme. [La même personne, un *Peul* émet ailleurs une critique contre le mauvais accueil qui leur est réservé:] *les gens ne s'occupent pas vite de nos malades, on ne sait pas si c'est parce que nous ne sommes pas des Mahi. Alors face à ça, qu'est-ce que l'Etat peut nous faire pour qu'il y ait satisfaction dans l'hôpital de Ouessè [CSSP];*

Je consultais à Papané [l'hôpital Saint-Martin de Papané] et à Yaoui [UVS], mais sans succès;

Je consultais sans effet à Ouessè, [ce qui ne l'empêche pas de vouloir un dispensaire car] Ouessè est loin et il manque de moyen d'évacuation;

J'avais déjà consulté l'hôpital dans le passé pour cette maladie [toux accompagnée de fièvre], *sans résultat positif;*

Je ne suis pas satisfait des traitements antérieurs à l'hôpital de Papané;

Je suis déjà allé une fois à l'hôpital sans succès pour ce type de maladies;

J'ai eu une mauvaise expérience avec l'hôpital avec le cas précédent de manyan;

¹ Friedberg (1983) relève avec justesse que "le domaine de la maladie et de la thérapie est sans doute celui qui est à la fois le plus perméable aux influences et aux modes et celui où se conservent les habitudes mentales les plus traditionnelles. Face au malheur du corps, tout individu, toute société, est vulnérable et est tenté de trouver des solutions non pas illogiques, comme on le dit trop souvent, mais faisant appel simultanément à des logiques qui se réfèrent à des systèmes différents et pouvant même être contradictoires entre eux".

On disait que la maladie [“paludisme mâle”] ne va pas à l'hôpital;

La première opération de la hernie a été très douloureuse, j'hésite à me faire enlever la deuxième;

Comment pouvez-vous faire pour améliorer un peu notre UVS, car il n'y a pratiquement rien comme produits pharmaceutiques dedans? [cette personne veut sans doute parler du CCS, puisqu'il s'agit du village de Djegbé n'ayant pas d'UVS. La confusion entre UVS et CCS est symptomatique de la piètre estime dont ce dernier jouit auprès de beaucoup d'habitants de Djegbé];

Je suis fatigué du traitement car c'est une maladie de 20 ans;

L'hôpital est inefficace contre le rhumatisme [en l'occurrence très probablement un cas de drépanocytose];

C'est une maladie chronique, on continue le traitement familial. (...) C'est une maladie incurable, on ne sait plus quoi faire.

Toutes ces marques d'insatisfaction face aux recours extérieurs partagent deux caractéristiques:

- les services de santé incriminés relèvent tous de la médecine moderne formelle. Il ne faut pas en déduire que les autres recours extérieurs à disposition soient sans reproches, mais plutôt que les tradipraticiens, les églises thérapeutiques et les infirmiers du secteur informel ne sont guère considérés dans la sous-préfecture de Ouessè comme une alternative à l'automédication. La faiblesse de leur utilisation, révélée par notre questionnaire, en constitue la preuve. Au sein de la médecine moderne formelle, seul le secteur public semble visé;
- le regard critique des malades sur les services de santé est presque toujours supporté par une expérience personnelle ou familiale passée... dépassée devrions-nous dire dans certains cas. En effet, comment expliquer qu'un habitant de Gbédé, village qui par ailleurs n'envoie qu'exceptionnellement des patients au CSSP de Ouessè, affirme que cet établissement ne dispose ni de médicaments ni d'équipements, si ce n'est par l'évocation d'une expérience lointaine, qui n'est plus d'actualité depuis quelques années? L'image des services de santé se forge à partir de leur efficacité thérapeutique et de la qualité de l'accueil. Une ou deux expériences malheureuses peuvent suffire à façonner une image négative d'un service. Cette mauvaise image a toutes les chances d'être globale, c'est-à-dire que le patient ne relativisera pas forcément un échec thérapeutique ou un mauvais contact avec le thérapeute, en considérant qu'il s'agissait d'une maladie particulière, prise en charge à un stade particulier par un agent de santé précis. Ainsi, alors que certains motivent le recours à l'automédication par l'échec thérapeutique passé de tel ou tel service pour la même maladie dont ils souffrent actuellement, d'autres invoquent une insatisfaction plus générale envers les services de santé, qu'ils ne fréquentent désormais (quasi) plus, quelle que soit la maladie.

La faible accessibilité des services de santé, plus particulièrement leur éloignement, est également invoquée pour expliquer le recours à l'automédication plutôt qu'aux soins d'un spécialiste. Cependant, tout comme pour l'inaction thérapeutique, cette dimension de l'accès semble jouer un rôle tout à fait marginal, puisqu'elle n'est citée que dans 1 % des réponses. Il se peut toutefois que l'éloignement des services de santé soit parfois exprimé sous forme de difficultés financières, l'éloignement se traduisant par un coût monétaire au-delà d'une certaine distance. L'inaccessibilité des services de santé n'est invoquée que dans des villages sans services de santé formels, mais toujours marginalement (au maximum 4 % du total des motifs pour un village). Même à Idadjo, village le plus éloigné d'un service de santé formel (17 kilomètres), seul 1 % des réponses font allusion à la distance, alors que le taux d'utilisation des

services de santé formel par les habitants de ce village est parmi les moins élevé de la sous-préfecture et que l'on a longuement démontré le rôle de la distance dans le fléchissement du niveau d'utilisation des services de santé. De plus, les habitants d'Idadjo ont souvent souhaité la construction d'un service de santé dans leur village (38 % des ménages, cf. partie V, chap. 3a), comme mesure propre à améliorer leur niveau sanitaire. Cette quasi absence de mention spontanée des barrières relatives à l'accessibilité comme motif du recours à l'automédication plutôt qu'à un service de santé nous laisse perplexe. Nos données montrent clairement que l'absence de mention de ce motif n'implique nullement qu'il soit insignifiant. Cela donne à réfléchir sur la pertinence de certaines informations recueillies par questionnaire. Il semble d'ailleurs fréquent que l'accessibilité ressorte très faiblement comme motif de choix d'un type de thérapies ou d'un thérapeute particulier dans les enquêtes menées dans les pays en voie de développement, où les problèmes d'accessibilité aux soins semblent pourtant évidents (GESLER et GAGE, 1987).

Si l'automédication semble utilisée à défaut de mieux par environ un tiers des malades, qui laissent entendre que, plus accessibles, les recours extérieurs auraient leur préférence, une majorité de malades choisissent l'automédication pour ses avantages indéniables. Elle leur permet, souvent en minimisant l'effort et le coût, de prendre en charge la maladie dans un cadre familial, voire de voisinage. Sans être des spécialistes de la santé, la plupart des ménages sont les dépositaires d'un savoir sans cesse réactualisé sur la maladie et les moyens de la traiter, qu'ils soient traditionnels et/ou modernes. Vingt-neuf pour cent des réponses font état d'une connaissance de remèdes efficaces pour traiter les cas de maladie rencontrés lors de l'enquête. Il paraît tout naturel aux ménages d'utiliser ce savoir et de ne recourir à un spécialiste que lorsqu'on se sent "dépassé". C'est sans doute ce qu'il faut entendre par l'expressions mainte fois répétée "il faut d'abord lutter" (22 % des réponses)¹. Quelle meilleure manière d'affirmer que la maladie et son traitement, symptomatique et causal, restent avant tout une affaire familiale? Cette lutte implique aussi bien le corps souffrant du malade que le corps social, lui aussi atteint dans son équilibre.

La mise en pratique d'un savoir thérapeutique populaire conduit également à jauger la gravité de la maladie et la capacité du ménage d'y répondre. Ainsi, 4 % des réponses invoquent le peu de gravité de la maladie pour justifier un début de traitement par automédication. D'autres réponses relèvent encore la facilité avec laquelle ces connaissances populaires peuvent être mises en oeuvre, contrairement à beaucoup de recours extérieurs: les remèdes se trouvent facilement, auprès des vendeuses ou en brousse (6 %) et ils sont gratuits ou bon marché (4 %).

D'autres motifs très divers, totalisant 2 % des réponses, servent encore à justifier la préséance de l'automédication. Elles relèvent plus souvent des limites de l'accès aux services de santé que d'une préférence positive pour l'automédication. Bien qu'elles ne constituent qu'une infime partie des réponses, nous allons rapidement citer la plupart de ces autres raisons. Elles nous paraissent en effet éclairer la diversité des perceptions et surtout des faits, souvent conjoncturels, qui influencent concrètement les modalités d'un itinéraire thérapeutique. Quelques personnes ont mentionné que la maladie a commencé la nuit ou aux champs, c'est-à-dire pendant qu'ils séjournaient dans leurs "fermes". L'accessibilité et la commodité d'utilisation, voire la disponibilité, des services de santé diminuent alors et il est bien plus commode de pratiquer l'automédication, surtout si l'on dispose d'une pharmacie de ménage. Une autre personne affirme que commencer par l'automédication permet de soulager avant d'aller consulter... ce qui ne l'a pas empêchée d'attendre quatre jours avant de consulter! Trois

¹ Selon Hours (1986), la métaphore de la lutte est aussi très présente au Cameroun "... et l'on peut voir dans cette conception du corps comme un champ de bataille l'une des causes de la vogue des antibiotiques, en particulier sous forme d'injection, dont l'usage parfois immodéré est en rapport, peut-être, avec l'effet brutal et offensif apprécié des patients". Comme nous l'avons déjà relevé, les patients béninois sont également friands d'injections.

malades d'Idadjo prétendent que la Beffa, un affluent du fleuve Ouémé, était en crue et coupait la voie menant aux services de santé. Or durant la période de référence pour le questionnaire, à cheval sur décembre et janvier, la Beffa ne coule plus ou presque et un bon gué permet alors de la franchir sans problèmes. Il se peut que, contrairement à notre attente, on nous ait parfois mentionné des cas de maladie plus anciens. Voici d'autres raisons avancées chaque fois par une seule personne:

Il faut attendre que l'enfant soit moins jeune; il paraît que si l'on opère un enfant avant 15 ans, il ne fera plus d'enfants [pour un garçon de 4 ans souffrant d'une hernie];

Je pense d'abord guérir le mal très coûteux dont souffre mon frère avant de consulter [un homme de 37 ans souffrant d'une hernie];

Je suis en deuil [femme de 65 ans: limitation de la mobilité à cette occasion et/ou emploi du temps très chargé?];

La maladie n'est pas encore bien sortie [homme de 32 ans souffrant d'une hernie];

Il faut nous apporter un infirmier hospitalier pouvant soigner les gens avec conscience. La sage-femme refuse jusque là de consulter ma femme qui est en état de grossesse; la sage-femme avait refusé de lui donner le papier de l'ordonnance [qui est aussi une quittance] *pour un cas antérieur* [cette affaire de quittance a débouché sur un conflit ouvert entre la sage-femme et ce ménage];

Par négligence;

Je suis agent de santé;

J'étais trop malade pour aller à l'hôpital;

Il n'y a plus de comprimés à l'UVS;

J'ai un rendez-vous pour Papané [opération planifiée d'une hernie à l'hôpital Saint-Martin];

Le chef de ménage était absent [femme de 40 ans souffrant d'un "paludisme mâle"];

Mon mari était absent lors du manyan de l'enfant.

Certains villages se démarquent-ils significativement de l'ensemble des autres par des motifs particuliers de préférence pour l'automédication (test du χ^2 avec $p \leq 0,05$)? C'est parfois le cas, mais l'interprétation de ces quelques différences significatives reste difficile, si ce n'est impossible. Les *Fon* de Wokpa sont très nombreux à affirmer qu'il faut d'abord lutter (43 % des réponses contre 22 % en moyenne). Ils sont suivis de près par les habitants d'Akpéro (39 %). À l'inverse, les malades d'Idadjo et de Gbédé invoquent très peu cette nécessité de lutter (respectivement 7 et 11 %). Seuls les *Peul* de Gbaffo invoquent significativement plus souvent le manque d'argent (42 % contre 29 % en moyenne), alors que leurs voisins d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, sont les seuls à se situer significativement en dessous de la moyenne (15 %). Par contre, ces derniers sont les plus nombreux à affirmer connaître des remèdes efficaces contre les maladies qui les frappent (46 % des réponses contre seulement 30 % en moyenne). Les *Peul* de Gbaffo et les *Fon* de Wokpa se situent à l'inverse très en dessous de la moyenne, avec respectivement 14 et 20 % des réponses. On se souvient que les ménages de ces deux villages sont aussi ceux qui possèdent le moins souvent de pharmacie de ménage. Nous avons alors avancé l'hypothèse que les habitants de Wokpa, immigrants récents provenant d'une zone écologique très différente, ne connaissent pas les plantes locales et la phytothérapie qui leur est associée. Fréquentant peu les services de santé et les marchés, les *Peul* sont quant à eux probablement peu au courant des indications et de la posologie des médicaments modernes. Il est encore à remarquer que les habitants des villages majoritairement *mahi* affirment significativement mieux connaître des remèdes efficaces que ceux des villages majoritairement *nagot* (35,7 % des réponses contre 27,7 %, $p = 0,047$).

Les malades de Gbanlin et d'Idadjo mentionnent significativement plus que les autres la gratuité ou le faible coût de l'automédication (respectivement 10 et 8 % des réponses, contre 6 % en moyenne), alors que ceux de Gbédé et encore une fois d'Idadjo avancent particulièrement souvent la grande facilité à se procurer des remèdes pour l'automédication (respectivement 15 et 10 %). Les malades de Wokpa se plaignent par contre significativement plus que les autres de la difficulté à se procurer des remèdes. Les malades de Kilibo et de Toui PK insistent plus que les autres sur la bénignité de la maladie pour motiver l'automédication (respectivement 11 et 8 % pour une moyenne de 4 %).

Seuls deux villages se distinguent significativement des autres par l'évocation de l'éloignement comme facteur limitant au recours extérieurs. Il s'agit de Gbédé (4 % des réponses contre 1 % en moyenne), à 8 kilomètres du service de santé le plus proche et de Wokpa (3 %), à 5 kilomètres. De plus, les taxis ne desservent pas ces deux villages. Deux autres villages étudiés sont, en termes d'accessibilité, encore moins bien lotis que Wokpa et Gbédé: Toui PK, à 11 kilomètres du premier service de santé et Idadjo, à 17 kilomètres, tous deux sur une piste en cul-de-sac non desservie par les taxis. Les mentions de l'éloignement comme facteur incitant à l'automédication y sont pourtant très rares: respectivement 3 et 1 % des malades ayant débuté leur itinéraire thérapeutique par l'automédication (différence à l'ensemble des autres villages statistiquement non significative). Aucun ménage habitant à moins de 4 kilomètres d'un service de santé n'a cité l'éloignement comme motif de préférence de l'automédication à un recours extérieur. En définitive, si les mentions de l'éloignement correspondent plus ou moins avec la distance effective à parcourir pour consulter le service de santé le plus proche, l'impact affirmé de la distance est beaucoup moins net qu'attendue.

Les malades de deux villages de l'agglomération de Ouessè affirment significativement plus que les autres que "l'hôpital" n'est pas efficace pour les maladies dont ils souffrent ou qu'il n'est pas acceptable. Il s'agit des *Peul* de Gbaffo (13 % des réponses pour une moyenne de 3 %), qui, nous l'avons vu, ont passablement de griefs à l'encontre du CSSP de Ouessè en plus de le trouver inefficace pour plusieurs de leurs maladies, et, ironiquement, d'Adougou, village qui abrite le CSSP (10 %).

Si l'on regroupe, comme nous l'avons fait plus haut, en deux catégories tous les motifs qui ont poussé les malades et leurs familles à commencer leurs itinéraires thérapeutiques par l'automédication plutôt que par un recours extérieur, seuls les *Peul* de Gbaffo considèrent significativement plus que les autres l'automédication comme un pis-aller (55 % des réponses contre 34 % pour l'ensemble des villages) auxquels ils seraient réduits par les barrières – le coût et la non-acceptabilité – se dressant entre eux et les services de santé. A l'inverse, seuls les malades d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, invoquent significativement moins (17 %) que les autres villages un mauvais accès aux recours extérieurs.

Pour 360 épisodes de maladie, 397 motifs ont été invoqués pour justifier le recours direct à un spécialiste de la santé, sans automédication préalable (cf. Tableau 102). Parmi ces motifs, la gravité perçue de la maladie arrive largement en tête des mentions (46 % du total). Le sentiment que le cas de maladie est incurable avec les connaissances et les remèdes à disposition dans le cadre de l'automédication suit, avec 27 % des mentions. Ce constat d'impuissance justifie le recours à un spécialiste, sans que l'on soit pour autant bien sûr de sa capacité à résoudre le problème de santé en question. En effet, seuls 2 % des réponses mentionnent clairement que si l'on consulte, c'est parce que le service de santé visité dispose d'un traitement efficace pour la maladie dont on souffre. Quoi qu'il en soit, il se trouve bien plus de malades, quelle que soit la première étape de leur itinéraire thérapeutique, à signaler les limites de l'automédication que celles des spécialistes de la santé.

Une partie non négligeable des réponses (16 %) indiquent que les membres du ménage commencent systématiquement leurs itinéraires thérapeutiques par une consultation extérieure. A notre avis, il s'agit plus là d'une norme, d'un principe général en vigueur dans ces ménages, que d'une réalité vérifiée dans tous les cas. Des raisons plus conjoncturelles renvoyant au statut du malade sont avancées par une minorité de ménages: certaines femmes enceintes sont incitées à consulter (2 % des réponses), au vu de leur état; de même, le très jeune âge du malade conduit directement une partie des parents vers un spécialiste (2 % des réponses). Ces deux catégories de la population sont, à juste titre, considérées comme particulièrement vulnérables. On affirme pour elles prendre le moins de risques possible, ce qui constitue la reconnaissance implicite que l'automédication n'est pas aussi sûre que la consultation d'un spécialiste. Une femme nous a ainsi dit: "J'étais enceinte. Je n'ai donc pas eu le courage de faire de l'automédication". De même, beaucoup de parents n'ont pas le "courage" d'infliger une automédication tâtonnante à un jeune enfant qui "ne parle pas", "ne peut pas dire ce qu'il a", dont ils ne connaissent pas la maladie et son évolution pour cet enfant, parce que "c'est la première fois". Nous avons pu vérifier que les jeunes enfants utilisent effectivement plus les recours extérieurs que les enfants plus âgés et les adultes (cf. partie IV, chap. 2a).

Tableau 102 Motifs invoqués pour les malades qui ont préféré consulter un spécialiste plutôt que de pratiquer l'automédication comme première action thérapeutique, par village (plusieurs réponses possibles; source: enquête domiciliaire, 1995).

	Mal. grave (1)		Incurable (2)		Toujours (3)		Enceinte (4)		Bébé (5)		Trait. efficace (6)		Autres (7)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	10	63	5	31	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	16	100
Wokpa	15	43	13	37	1	3	1	3	0	0	5	14	0	0	35	100
Gbanlin	24	43	20	36	6	11	1	2	0	0	0	0	5	9	56	100
Djegbé	21	64	6	18	4	12	0	0	0	0	0	0	2	6	33	100
Attannondoho	24	44	12	22	13	24	1	2	3	6	0	0	1	2	54	100
Adougou	11	23	14	30	9	19	1	2	1	2	1	2	10	21	47	100
Gbaffo	7	37	6	32	1	5	1	5	1	5	1	5	2	11	19	100
Attata	5	33	7	47	1	7	0	0	0	0	0	0	2	13	15	100
Gbédé	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100
Kilibo	26	79	3	9	3	9	0	0	1	3	0	0	0	0	33	100
Akpéro	12	44	9	33	5	19	1	4	0	0	0	0	0	0	27	100
Toui PK	13	42	9	29	3	10	0	0	0	0	0	0	6	19	31	100
Odo Akaba	12	41	1	3	16	55	0	0	0	0	0	0	0	0	29	100
Total	181	46	106	27	62	16	6	2	6	2	7	2	29	7	397	100

- Légende: (1) Le cas de maladie est perçu comme grave.
 (2) Le cas est incurable avec les connaissances et moyens disponibles dans le ménage.
 (3) Les membres de ces ménages consultent toujours directement en cas de maladie.
 (4) Le malade est une femme enceinte.
 (5) Le malade est un bébé.
 (6) Le traitement dispensé par la ressource extérieure est perçu comme efficace pour ce cas de maladie.
 (7) Tout autre type de réponses non classées ci-avant.

Sept pour cent des réponses invoquent divers motifs, renvoyant parfois sous une forme ou une autre à l'efficacité thérapeutique des services de santé pour le cas considéré. Les plus caractéristiques sont reproduites ci-dessous:

Pour une guérison rapide;

J'évite l'automédication;

Je suis l'infirmière du CCS;

Il s'agit d'une maladie chronique entraînant des déformations physiques [il s'agit d'un cas de rhumatisme, en fait très probablement une drépanocytose]. *Je prends des calmants à chaque rechute* [ce malade trouve donc un certain soulagement à sa maladie qu'il considère comme incurable avec les médicaments qu'il obtient du CSSP à chaque crise];

Un autre enfant a failli mourir de ça il y a deux ans, je m'étais fait gronder à Papané [à l'hôpital Saint-Martin];

On m'a conseillé d'aller tôt à l'hôpital;

Je suis satisfaite de l'hôpital. Je ne connais pas d'autres moyens plus efficaces, sinon je les utiliserais. (...) L'automédication n'avait pas été efficace pour ma soeur ayant la même maladie juste avant [soeur d'un ancien infirmier du CSSP, toujours très bien reçue, elle et sa famille, par les anciens collègues de son frère et bénéficiant, en tant que proche parente d'un agent de santé, de la gratuité des soins (mais pas des médicaments)];

En tant que christianiste céleste, je n'utilise plus les plantes [les membres les plus extrémistes de cette Eglise ont non seulement renoncé à consulter les guérisseurs et les devins, mais ils rejettent encore toute forme de phytothérapie];

Je me méfie des dates de péremption des médicaments vendus sur le marché;

Pas d'argent et moins cher [achat de médicaments à l'UVS. Il s'agit d'une des très rares, si ce n'est la seule, mention d'un recours extérieur comme meilleur marché que l'automédication];

Je connais la nature de la maladie [sous-entendu: ... et je sais par expérience qu'il s'agit d'une maladie pour l'hôpital (un cas "d'attaque")].

Globalement, les motifs de préférence d'un recours extérieur à l'automédication ne varient guère d'un village à l'autre. Toutefois, pour chacun d'entre eux, un ou deux villages se distinguent significativement de l'ensemble des autres (test du χ^2 , $p \leq 0,05$). Nous ne savons cependant pas interpréter ces quelques variations. Ainsi, seuls 23 % des malades d'Adougou ont affirmé qu'il s'agissait d'une maladie grave, contre 79 % de ceux de Kilibo, pour une moyenne de 46 %. Les malades d'Odo Akaba et ceux de Kilibo citent beaucoup moins souvent que les autres leur incapacité à prendre en charge leurs maladies avec des moyens familiaux (respectivement 3 et 9 %, pour une moyenne générale de 27 %). Par contre, les habitants interrogés d'Odo Akaba sont très nombreux à prétendre toujours consulter directement (55 % pour une moyenne de 16 %). Ce résultat est d'autant plus surprenant que ce village ne dispose d'aucune ressource sanitaire locale, handicap peut-être largement compensé par la proximité (4 kilomètres) de l'hôpital Saint-Martin, établissement jouissant d'une excellente réputation. Attannondoho se distingue par l'évocation du très jeune âge des malades (6 % des mentions contre 2 % en moyenne), alors que Wokpa se caractérise par l'affirmation de l'efficacité des traitements dans les services de santé (14 contre 2 % en moyenne).

Remarquons encore que les motifs invoqués pour justifier un choix thérapeutique plutôt qu'un autre sont en partie conjoncturels: dans une même famille et pour le même diagnostic différents motifs de choix peuvent être avancés selon les cas (sexe et surtout âge du malade, traitements efficaces lors d'épisodes antérieurs, disponibilité en argent au moment de la maladie; gravité perçue du cas...). Cette variabilité des motivations d'un recours thérapeutique de cas en cas répond aux possibles variations de choix thérapeutiques de cas en cas. Ainsi, quatre cas de

“paludisme femelle” ont été signalés dans un ménage de Djegbé. Tous ont été soignés par automédication, mais deux cas au moyens de médicaments modernes seuls, un cas au moyen de remèdes traditionnels seuls et le dernier avec des remèdes traditionnels puis avec des médicaments modernes. De même, le choix de l’automédication est justifié par la nécessité de “d’abord lutter” pour deux de ces cas, par la connaissance de médicaments efficaces pour le troisième et par le manque d’argent pour le dernier.

Latence thérapeutique et durée du traitement

Les agents de santé constatent souvent – et parfois le leur reprochent – que les patients tardent à les consulter en cas de maladie. Ils affirment que la plupart des malades tentent de se soigner par l’automédication et que ce n’est qu’en cas d’échec de celle-ci, lorsque la situation a parfois empiré, qu’ils se résolvent à les consulter. Nous avons en effet vérifié que seule une minorité de malades (27 %) s’adressent à un spécialiste sans pratiquer auparavant l’automédication. Ce fréquent début d’itinéraire thérapeutique par l’automédication retarde évidemment l’éventuel recours ultérieur à un tel spécialiste. Nous verrons dans quelle mesure, lorsque nous étudierons la deuxième étape des itinéraires thérapeutiques. Une sage-femme du CSSP insiste aussi, admirative, sur l’énorme résistance à la douleur dont font preuve les femmes qu’elle soigne :

Les femmes sont très très courageuses. Elles sont dures face à la douleur. Elles déclarent très tardivement les maladies. Plus ça traine et plus ça leur fait dépenser.

De même, les sages-femmes relèvent que les parturientes arrivent déjà en travail dans les maternités, “sauf les toutes jeunes, qui ont peur”. Il existe une forte pression sur les femmes à terme pour qu’elles se montrent stoïques :

Souvent, la belle-mère dit de rester à la maison [le plus longtemps possible avant de se rendre à la maternité pour accoucher], sinon on va te traiter de peureuse. Les femmes ont peur des moqueries. En moins de cinq mois, trois femmes ont accouché en route [la sage-femme de Kilibo].

Nous analyserons ici la durée réelle qui s’écoule entre l’apparition des symptômes et le début du recours extérieur, sans automédication préalable. Il s’agit également de vérifier si les malades et leur entourage ne tardent pas à intervenir, également en cas de recours à l’automédication. Par analogie à la période de latence – temps s’écoulant entre le contact avec un agent pathogène et l’apparition des premiers symptômes –, nous proposons d’appeler latence thérapeutique la durée entre la perception des premiers symptômes et le début d’une action thérapeutique quelconque. Cette analyse s’effectuera selon le sexe et l’âge des malades, selon leur domicile, selon la pathologie et selon le type du recours extérieur formel utilisé. Elle est menée dans un but exploratoire. Nous n’avons guère d’hypothèses a priori sur l’influence de ces différentes variables sur la durée de latence thérapeutique et du traitement. Elle permettra toutefois de vérifier la perception de la sage-femme de Kilibo, affirmant que les adultes attendent moins pour consulter pour eux que pour leurs enfants. De plus, on peut supposer que l’accessibilité aux services de santé diminue la durée de la latence thérapeutique envers les recours extérieurs.

Lorsque le traitement a commencé le jour même de l’apparition de la maladie, nous avons attribué une latence thérapeutique d’un jour. Lorsque le traitement a commencé le lendemain, la latence thérapeutique est de deux jours, etc. Comme nous avons aussi demandé combien de temps la maladie a duré, il est possible, par simple soustraction de la latence thérapeutique à cette valeur, de connaître la durée totale du ou des traitements (y compris lorsque l’on est passé de l’automédication à un recours extérieur). Cette durée constitue un indicateur, grossier mais simple, de l’efficacité thérapeutique d’un traitement. Selon Hours (1986), la rapidité des

résultats semble pour le patient le critère le plus explicite de l'efficacité thérapeutique du traitement. Les quelques cas de maladies chroniques, définies par une durée supérieure à trois mois, ont été écartés pour le calcul de cette durée. De plus, la latence thérapeutique et la durée du traitement n'ont évidemment été calculés que sur des épisodes de maladie terminés.

Le Tableau 103 montre que même l'automédication ne commence pas sitôt constatée la présence de la maladie. Ce n'est en moyenne que le lendemain, après 1,9 jour, que débute le traitement. La latence thérapeutique est encore un peu plus longue, lorsque la première action thérapeutique est une consultation extérieure: 2,3 jours en moyenne. Tous premiers recours confondus, la latence thérapeutique est exactement de 2 jours. La durée totale du traitement pour les épisodes finis non chroniques est sensiblement plus courte lorsque le premier recours est l'automédication (6,3 jours) qu'un recours extérieur (8,3 jours).

Le même tableau indique aussi que le sexe du malade ne joue aucun rôle sur la durée de la latence thérapeutique, ni sur celui de la durée totale du traitement. Il en va presque de même de l'âge des malades. La latence thérapeutique des enfants est presque égale à celle des adultes. Par contre, la durée du traitement des adultes est un peu plus longue que celle des enfants (7,3 contre 6,7 jours), tout particulièrement lorsque la première action thérapeutique est un recours extérieur direct (9,8 contre 7,5 jours). Lorsque l'on distingue plus finement les classes d'âge, on observe que la latence thérapeutique avant automédication décrit une courbe en "U", mais avec une amplitude peu marquée. La latence thérapeutique avant un recours extérieur tend à décroître avec l'âge, mais là encore, la tendance est peu marquée. Pour les deux types de premiers recours ensemble, la durée totale du traitement n'est pas influencée par l'âge, sauf pour les plus de 44 ans, pour lesquels elle est un peu plus longue. Il en va de même pour la durée des traitements qui ont commencé par l'automédication. Lorsque le traitement a débuté par un recours extérieur, sa durée augmente avec l'âge (7,5 jours pour les enfants, avec peu de différences entre les trois catégories d'âge, 8,8 jours pour les 15 à 44 ans et 12,2 jours pour les plus de 44 ans).

Tableau 103 Durée moyenne en jours par sexe et âge de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement tous types confondus pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédication			Recours extérieur			Ensemble		
	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N
Hommes	1.9	6.2	387	2.3	8.4	164	2.0	6.9	551
Femmes	1.9	6.5	269	2.2	8.2	117	2.0	7.0	386
<1 an	2.1	6.3	30	2.5	7.0	31	2.3	6.7	61
1 à 4 ans	1.9	6.0	146	2.2	7.6	69	2.0	6.5	215
5 à 14 ans	1.8	6.1	152	2.2	7.8	78	1.9	6.7	230
Total enfants	1.8	6.2	328	2.3	7.5	178	2.0	6.7	506
15 à 44 ans	1.9	6.2	227	2.3	8.8	75	2.0	6.8	302
>44 ans	2.2	7.2	99	2.1	12.2	29	2.2	8.3	128
Total adultes	2.0	6.5	326	2.2	9.8	104	2.0	7.3	430
Total	1.9	6.3	656	2.3	8.3	282	2.0	6.9	938

A l'exception d'Adougou, village de l'agglomération de Ouessè dans lequel est implanté le CSSP, la latence thérapeutique est partout plus longue en cas de recours à un spécialiste de la

santé qu'à l'automédication. Pour l'automédication, les variations de latence thérapeutique moyenne sont assez faibles d'un village à l'autre (de 1,6 à 2,3 jours). Elles sont plus importantes lorsque la première étape de l'itinéraire thérapeutique est un recours extérieur (de 1,5 à 3 jours, mais la plupart des villages se situent entre 2 et 2,6 jours). La latence thérapeutique pour un recours extérieur est globalement d'autant plus longue que l'accessibilité à un service de santé est limitée. Par exemple, si la latence thérapeutique moyenne pour les 47 patients ayant utilisé directement l'hôpital Saint-Martin est de 2,4 jours, elle n'est que de 2,3 jours pour les 15 patients venant de Toui PK et surtout de 2 jours pour les 22 patients d'Odo Akaba, villages de la sous-préfecture les plus proches de cet hôpital. De même, la latence thérapeutique des malades ayant recouru au CSSP de Ouessè est en moyenne de 2,1 jours. Mais elle n'est que de 1,5 jour pour les patients d'Adougou, village abritant le CSSP et de respectivement 2,1 et 2,2 jours à Attannondoho et Gbaffo, deux autres villages de l'agglomération de Ouessè. Ainsi, non seulement les personnes qui ne bénéficient pas d'une grande accessibilité à un service de santé, c'est-à-dire essentiellement celles qui ne disposent pas d'un service dans leur village, enregistrent, comme nous l'avons vu plus avant, un taux d'utilisation nettement inférieur à celui des personnes plus favorisées, mais encore elles diffèrent plus longtemps le recours à ces services.

Les variations intervillageoises de latence thérapeutique sont très faibles dès lors que l'on envisage ensemble les deux types de premières actions thérapeutiques (de 1,7 à 2,3 jours, et même de 1,9 à 2,2 jours pour 11 villages sur 13; cf. Tableau 104).

Tableau 104 Durée moyenne en jours par village de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement tous types confondus pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédication			Recours extérieur			Ensemble		
	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N
Idadjo	1.6	8.2	103	2.5	9.5	14	1.7	8.4	117
Wokpa	2.3	5.3	68	2.5	7.4	20	2.3	5.8	88
Gbanlin	2.0	9.6	31	2.3	10.8	43	2.2	10.3	74
Djebé	2.1	5.9	76	2.3	8.4	23	2.1	6.5	99
Attannondoho	1.8	5.9	44	2.1	6.4	36	1.9	6.1	80
Adougou	2.2	7.2	32	1.5	7.8	26	1.9	7.5	58
Gbaffo	2.0	7.0	35	2.4	10.1	11	2.1	7.7	46
Attata	1.6	4.7	38	2.8	13.6	14	1.9	7.1	52
Gbédé	1.9	6.3	56	3.0	13.0	1	1.9	6.4	57
Kilibo	2.0	5.3	35	2.3	7.8	23	2.1	6.3	58
Akpéro	2.0	5.9	49	2.5	10.2	22	2.2	7.2	71
Toui PK	1.7	4.6	40	2.4	5.8	26	2.0	5.1	66
Odo Akaba	1.8	5.4	49	2.0	5.2	23	1.9	5.3	72
Total	1.9	6.3	656	2.3	8.3	282	2.0	6.9	938

Le type de services de santé consultés comme première action thérapeutique influence-t-il la durée de la latence thérapeutique? Le Tableau 105 montre que c'est bien le cas, mais dans une faible mesure. La latence thérapeutique est la plus brève lorsque l'on recourt à une UVS (2

jours). Elle s'allonge pour les services de santé modernes formels (2,2 jours) et plus encore pour les services de santé privés (2,5 jours). Les différences d'accessibilité à ces trois types de recours expliquent sans doute largement ces différences. Les UVS ne sont en effet utilisées que par une clientèle locale, bénéficiant donc d'un accès maximal. L'accessibilité aux services de santé formels est par contre très variable d'un village à l'autre, mais en moyenne inférieure à celle des UVS. La clientèle des infirmiers privés est elle aussi essentiellement locale. Mais une partie de leurs utilisateurs, habitant surtout les villages assez isolés de Toui PK et d'Akpéro, ont saisi l'opportunité du passage d'un infirmier itinérant pour consulter. Sans ces tournées, qui ont momentanément rapproché les services de santé de la clientèle, il est possible que ces malades n'auraient pas consulté un spécialiste de la santé, ou en tous cas encore plus tardivement. La latence thérapeutique de ce type de consultations est par contre assez longue, puisque c'est l'occasion, peu fréquente et parfois aléatoire, qui permet à une demande latente de s'exprimer.

De tous les services de santé formels, c'est l'hôpital Saint-Martin qui est consulté le plus tardivement (après 2,4 jours). C'est aussi en moyenne le moins accessible et celui qui occasionne un coût total de consultation le plus élevé. Les patients tendent donc à y différer le plus longtemps possible une visite, tablant sur une amélioration rapide de leur état de santé. Même si le coût subjectif et financier de la distance ne freinait pas le recours rapide à cet hôpital, l'organisation des moyens de transports collectifs y contribue. Vu l'éloignement de l'hôpital Saint-Martin de la plupart des villages de la sous-préfecture, beaucoup de patients s'y rendent en taxi. Or, pour les habitants de l'ouest de la sous-préfecture, ces taxis ne sont disponibles qu'en début de matinée. Si une maladie se déclare dans la journée, il faudra donc forcément attendre le lendemain pour aller à l'hôpital confessionnel, même si l'on désire temporiser le moins possible.

Selon le même raisonnement, la latence thérapeutique devrait être plus longue pour le CSSP de Ouessè que pour les CCS. Ce n'est toutefois pas le cas et l'on observe même une légère tendance inverse (2,1 jours au CSSP contre en moyenne 2,3 jours pour les CCS). Cela s'explique par le fait que, malgré son niveau hiérarchique supérieur, le CSSP n'a pas été visité par des patients venant de plus loin que les patients des CCS. Dans les deux cas, seuls environ 30 % des patients ont parcouru plus de deux kilomètres. L'effort à fournir pour atteindre le CSSP et les CCS ayant été égal en moyenne, il n'y a pas de raison de différer plus longtemps une visite au CSSP qu'à un CCS.

Tableau 105 Durée moyenne en jours de l'attente avant le début du traitement et de l'ensemble des traitements pour les épisodes non chroniques finis de maladie, selon les principaux types de recours extérieurs directs (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Durée latence	Durée traitement	N cas
Services de santé formels	2,2	8,5	249
– Dont hôpital Saint-Martin	2,4	7,2	47
– Dont CSSP de Ouessè	2,1	8,7	94
– Dont ensemble des CCS	2,3	8,7	103
Infirmiers privés	2,5	7,0	22
Secouristes et matrones	2,0	9,2	11
Tous services de santé	2,3	8,3	282

Le type d'affections influence également la durée de la latence thérapeutique (cf. Tableau 106). Elle s'étend de 1,2 à 2,9 jours selon le diagnostic lorsque le premier recours consiste en de l'automédication et pour les diagnostics comptant au moins 11 cas. Pour les premiers recours

extérieurs directs, la latence thérapeutique dure en moyenne de 1 à 2,3 jours, selon le diagnostic (pour les seules affections enregistrant au moins 7 cas). On observe que les deux affections considérées comme les plus foudroyantes, l'“attaque” et plus encore les morsures de serpents, sont celles qui entraînent la plus courte latence thérapeutique, que l'on commence à se soigner par automédication ou par un recours extérieur. Il en va probablement de même pour la hernie, mais le nombre de cas est très limité. A l'exception de la diarrhée, de la dysenterie et du *manyen*, la latence thérapeutique est plus longue en cas de recours extérieur qu'en cas d'automédication, si l'on s'en tient aux affections les plus fréquentes.

Toutes premières actions thérapeutiques confondues, la durée totale moyenne d'un traitement, du début des soins à la guérison peu importe le nombre d'étapes de l'itinéraire thérapeutique est d'une semaine pour les épisodes non chroniques achevés (6,9 jours; cf. Tableau 106). Elle est de 6,3 jours lorsque la première action thérapeutique est l'automédication, quelle que soit la suite de l'itinéraire thérapeutique (mais seuls 8,9 % de ces cas connaîtront une seconde étape, cf. Figure 120). Cette moyenne grimpe à 8,3 jours lorsque la première action thérapeutique consiste en un recours extérieur. Un traitement par automédication conduit donc à la guérison en deux jours de moins qu'un traitement dispensé par un spécialiste de la santé, relevant essentiellement de la médecine moderne formelle. Est-ce à dire que la première est plus efficace que le second? Question bien troublante ... à laquelle cette seule indication de durée du traitement ne saurait répondre. Effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication n'est en effet pas indépendant de la nature et de la gravité perçue de la maladie. Nous verrons en effet dans la quatrième partie que les cas les plus graves débouchent plus souvent que les autres sur un recours extérieur.

Tableau 106 Durée moyenne en jours par diagnostic de l'attente avant le début du traitement et durée totale du traitement jusqu'à la guérison (quel que soit l'éventuel recours subséquent) pour les épisodes non chroniques finis de maladie ayant commencé par l'automédication ou par un recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédication			Recours extérieur			Ensemble		
	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N	Dur. latence	Dur. traitem.	N
“Paludisme mâle”	2.2	11.0	35	2.6	10.6	19	2.3	10.9	54
“Palud. femelle”	1.7	6.0	221	2.4	7.1	89	1.9	6.3	310
Diarrhée	1.9	5.1	91	2.0	6.9	51	1.9	5.7	142
Dysenterie	2.0	5.9	100	1.9	5.9	22	2.0	5.9	122
Toux+fièvre	2.0	6.1	161	2.5	9.4	67	2.1	7.1	228
“Attaque”	1.2	5.4	11	1.5	8.2	11	1.4	6.8	22
Rougeole	2.0	5.5	4	2.0	5.0	1	2.0	5.4	5
<i>Manyen</i>	2.9	10.9	19	3.0	11.3	7	2.9	11.0	26
Mal. sex. trans.	15.0	3.0	1	1.0	13.5	2	5.7	10.0	3
Rhumatisme	1.0	5.0	2	6.0	8.0	1	2.7	6.0	3
Traumatisme	2.7	15.0	3	1.0	2.0	1	2.3	11.8	4
Hernie	1.0	1.4	5	2.0	24.5	2	1.3	8.0	7
Morsure serpent	1.0	16.5	2	1.0	17.7	9	1.0	17.5	11
Total	1.9	6.3	656	2.3	8.3	282	2.0	6.9	938

Il se peut aussi – et cela n'est pas contradictoire avec la première explication – que la latence thérapeutique influence la durée du traitement. A priori, un traitement est d'autant plus efficace et rapide qu'il est commencé tôt. Or précisément la latence thérapeutique est plus brève en cas d'automédication. Il n'existe toutefois pas de corrélation entre la latence thérapeutique et la durée du traitement pour les cas ayant d'abord recouru à l'automédication. Par contre, une corrélation positive ($r = 0,599$) existe entre ces deux variables pour les itinéraires thérapeutiques débutant par un recours extérieur. Autrement dit, lorsque l'on n'a pas pratiqué d'automédication préalable, plus on attend avant de consulter un spécialiste, plus le traitement sera long. Mais comme le montre le coefficient de corrélation, cette relation n'est pas très forte. Nous reviendrons plus loin sur l'efficacité comparée des différents recours thérapeutiques, à partir de l'appréciation par les malades du résultat du traitement suivi (cf. partie V, chap. 2).

Les variations par village de durée moyenne du traitement sont considérables, aussi bien pour les itinéraires thérapeutiques commençant pas l'automédication que par un recours extérieur (cf. Tableau 104). Dans le premier cas, les valeurs extrêmes sont de 4,6 et 9,6 jours; dans le second, de 5,2 et 13,6 jours. Lorsque l'on considère les deux types de premières actions thérapeutiques ensemble, les écarts se réduisent quelque peu: les valeurs s'échelonnent alors entre 5,1 et 10,3 jours et même entre 5,1 et 8,4 jours pour 12 des 13 villages, Gbanlin se signalant par une durée moyenne de traitement relativement longue (10,3 jours). A l'exception du village d'Odo Akaba, dont quasi tous les recours extérieurs passent par l'hôpital Saint-Martin, la durée moyenne d'un traitement commençant par l'automédication est toujours inférieure à celle d'un traitement débutant par un recours extérieur.

Nous ne savons comment interpréter cette grande variabilité des durées moyennes de traitement par village. Elle résulte sans doute d'une inégale distribution spatiale de caractéristiques comme la gravité de la maladie, la durée moyenne de la latence thérapeutique, le type d'automédication et de recours extérieur choisi, les compétences profanes et professionnelles en matière de santé... Pour un même village, la durée moyenne du traitement peut d'ailleurs être fort différente selon le type de premières actions thérapeutiques retenu. Par exemple à Attata, le traitement ne dure que 4,7 jours en cas d'automédication, mais 13,6 jours en cas de recours extérieur, pour une moyenne de 7,1.

La durée moyenne du traitement pour des épisodes non chroniques achevés varie aussi en fonction du type de recours extérieurs utilisés (cf. Tableau 105). Elle est maximale dans les UVS (9,2 jours) et minimale chez les "infirmiers" privés (7 jours) et à l'hôpital Saint-Martin (7,2 jours), les établissements publics occupant une position médiane (8,7 jours aussi bien pour le CSSP de Ouessè que pour l'ensemble des CCS). La catégorie des "infirmiers" privés regroupant des personnes aux compétences très hétéroclites, il est risqué d'établir un lien entre la durée du traitement et le niveau hiérarchique des services. Et ce d'autant plus que les cas ne se répartissent pas également entre les différents types de services de santé, selon leur gravité perçue (cf. partie IV, chap. 2).

Tout comme la latence thérapeutique avant un recours extérieur direct est d'autant plus longue que l'accessibilité au service formel visité est limitée, la durée du traitement s'y allonge avec l'augmentation de la distance, surtout pour l'hôpital Saint-Martin. Alors qu'elle y est en moyenne de 7,2 jours, elle n'est que de 5,2 et 4,5 jours pour les patients des deux villages les plus proches de l'hôpital (respectivement Odo Akaba et Toui PK). De même au CSSP de Ouessè, le traitement ne dure que 8,1 et 6,1 jours pour les patients d'Adougou et d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, alors qu'il dure en moyenne 8,7 jours pour l'ensemble des patients.

Cette relation entre accessibilité et durée du traitement découle de la tendance à l'augmentation de la gravité des cas avec la distance. La distance moyenne parcourue en

fonction de la gravité perçue des cas en constitue un bon indice¹. Or la gravité des cas influence sans doute partiellement la durée du traitement. Les patients parcourant les plus longs trajets doivent donc en moyenne recevoir un traitement plus long avant de guérir. Cela est particulièrement vrai pour l'hôpital Saint-Martin qui sert de centre de référence pour la sous-préfecture de Ouessè.

Distance parcourue

Nous étudierons ici, globalement et par village, la distance, aller simple, parcourue par les patients qui ont effectué un premier recours extérieur, sans automédication préalable. Comme l'indique le Tableau 107, la distance la plus fréquemment parcourue est de moins d'un kilomètre (37,3 % des recours extérieurs). Elle correspond aux utilisateurs des services de santé qui disposent d'un service de santé dans leur village et qui l'ont utilisé, plutôt qu'un service plus lointain. Viennent ensuite les patients qui n'ont parcouru que d'un à deux kilomètres (17,4 %). Dans ce cas, le service de santé est localisé dans un autre village, que ce soit dans la même agglomération ou non. Plus de 5 % des patients n'ont pas eu à se déplacer pour obtenir les services d'un thérapeute. La consultation a été effectuée à domicile par un infirmier ou un secouriste privés, habitant le village ou venant d'un village voisin. Tous les villages ne bénéficient pas de telles prestations. Mais dans certains d'entre eux, elles constituent une part appréciable des recours à un spécialiste: Toui PK (28,6 %), Djegbé (16,7 %) et Gbaffo (15,4 %). Ainsi, presque 60 % des malades de notre échantillon qui ont directement effectué un recours extérieur n'ont pas eu à se déplacer de plus de deux kilomètres.

Tableau 107 Distance parcourue (aller simple) pour atteindre le premier recours extérieur sans automédication préalable, par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	0 km		1 km		2 km		3 km		4 km		5-8 km		9-15km		16-25		26-50		51-72		Total		Moy
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	Km
Idadjo	1	5.3	8	42.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	15.8	7	36.8	0	0.0	19	100	13.3
Wokpa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	58.6	11	37.9	0	0.0	0	0.0	1	3.4	29	100	11.2
Gbanlin	0	0.0	29	58.0	10	20.0	0	0.0	0	0.0	4	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	14.0	50	100	9.0
Djegbé	5	16.7	20	66.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	13.3	0	0.0	1	3.3	30	100	6.0
Attannondoh o	0	0.0	5	11.1	40	88.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	45	100	1.9
Adougou	0	0.0	35	97.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.8	0	0.0	36	100	2.2
Gbaffo	2	15.4	0	0.0	11	84.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	100	1.7
Attata	0	0.0	1	6.3	0	0.0	14	87.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	6.3	0	0.0	16	100	5.7
Gbédé	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100	9.5
Kilibo	1	3.3	28	93.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	30	100	1.8
Akpéro	1	4.2	5	20.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	62.5	0	0.0	3	12.5	0	0.0	0	0.0	24	100	8.0
Toui PK	8	28.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	53.6	5	17.9	0	0.0	0	0.0	28	100	9.3
Odo Akaba	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	28	96.6	0	0.0	1	3.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	100	4.3
Total	18	5.1	131	37.3	61	17.4	14	4.0	28	8.0	37	10.5	28	8.0	15	4.3	10	2.8	9	2.6	351	100	6.1

¹ La distance moyenne parcourue pour atteindre un service de santé formel (après automédication préalable ou non et pour des épisodes non chroniques achevés) est de 8,7 kilomètres lorsque la maladie est perçue comme très grave, de 6,4 kilomètres lorsqu'elle est moyenne et de 4,8 kilomètres lorsqu'elle est peu ou pas grave.

Seuls 4 % des patients ont parcouru trois kilomètres et 8 % quatre kilomètres. Dans le premier cas, il s'agit uniquement de malades d'Attata qui ont fréquenté le CSSP de Ouessè et, dans le second cas, de malades d'Odo Akaba qui sont allés à l'hôpital Saint-Martin. Plus de 10 % des malades ont parcouru entre 5 et 8 kilomètres pour atteindre un service de santé, 8 % entre 9 et 15 kilomètres, 4,3 % entre 16 et 25 kilomètres, 2,8 % entre 26 et 50 kilomètres et presque autant entre 51 et 72 kilomètres. Nous n'avons pas pris en compte ici les rares malades qui ont fréquenté des services de santé à l'extérieur de la sous-préfecture de Ouessè (à l'exception de l'hôpital Saint-Martin, juste au-delà de la frontière nord de la sous-préfecture, et du CSSP de Tchaourou, encore 8 kilomètres plus au nord). Au moins l'un d'entre eux a choisi un hôpital extérieur à la sous-préfecture parce qu'il était en voyage lorsqu'il a eu un accident. Ainsi, à peine 10 % des patients ont parcouru plus de 15 kilomètres pour visiter un service de santé, au sens large que nous donnons à cette expression. Cela est très peu dans un contexte rural africain. Deux faits expliquent la faiblesse de cette valeur. Il y a tout d'abord la forte chute de la fréquentation qui accompagne l'augmentation de la distance au service de santé. Nous avons déjà longuement analysé cette friction de la distance à travers l'étude des registres de santé (cf. partie III, chap. 2b). Mais il y a aussi, et c'est plus encourageant, une bonne couverture sanitaire de la sous-préfecture de Ouessè et la bonne répartition spatiale des services de santé. Cela est vrai si l'on s'en tient aux seuls services formels, et d'autant plus vrai si l'on considère aussi les guérisseurs, les privés et les UVS un tant soit peu fonctionnelles. En fait, tous les malades qui ont parcouru plus de 15 kilomètres ont préféré se rendre dans un service de santé qui n'est pas le plus proche de leur domicile.

La distance moyenne parcourue lors des premiers recours extérieurs sans automédication préalable est de 6,1 kilomètres, alors que la médiane n'est que de 2 kilomètres. D'un village à l'autre, la distance moyenne parcourue varie cependant considérablement, les valeurs extrêmes étant 1,7 et 13,3 kilomètres. La distance moyenne effectivement parcourue pour atteindre un premier thérapeute moderne est comparable à celle relevée dans la proche sous-préfecture de Banté (7,7 kilomètres), mais bien inférieure à celle relevée à Tori Bossito (18,7 kilomètres), dont beaucoup d'habitants préfèrent aller directement à Cotonou, Pahou ou Ouidah, possédant des services de santé mieux équipés (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988).

La structure et la moyenne des distances parcourues par village dépendent essentiellement de la distance au service de santé formel le plus proche et en particulier de la disponibilité locale d'un tel service. L'ensemble des malades de notre échantillon habitent en moyenne à 5,4 kilomètres du service de santé formel le plus proche. Cette distance diminue à 4,3 kilomètres pour les seuls malades qui en ont effectivement fréquenté un, après automédication, et à 3,7 kilomètres pour ceux qui l'ont fait directement. Nous retrouvons ici l'impact de la distance sur le choix d'une première action thérapeutique. Non seulement la proximité d'un service de santé augmente la probabilité de l'utiliser, mais encore elle accroît celle de le faire sans automédication préalable. En cas de recours directs, les patients disposant localement – à moins de 2 kilomètres – d'un service de santé formel n'ont parcouru que 4,3 kilomètres en moyenne pour atteindre un service de santé (pas toujours le plus proche), contre 8,6 kilomètres pour les autres. La faible disponibilité et utilisation des services informels ne permettent pas de compenser le handicap constitué par l'absence d'un service de santé formel.

Selon l'enquête domiciliaire, les hommes effectuant un premier recours extérieur, tous types confondus et sans automédication préalable, vont en moyenne un peu plus loin que les femmes (6,4 contre 5,6 kilomètres), les adultes que les enfants (7,4 contre 5,2 kilomètres). Pour les seuls adultes, la différence selon le sexe est plus sensible: 8,1 kilomètres pour les hommes contre seulement 6,4 kilomètres pour les femmes. Ces distances moyennes ne tiennent pas compte des rares visites aux hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture. On remarque d'ailleurs que dans 9 cas sur 12, ce sont des hommes (tous âges confondus) qui sont sortis de la sous-préfecture

en quête de soins et que les trois femmes se sont contentées des CSSP extérieurs les plus proches (Tchaourou et Savé). Parmi les enfants, les bébés de moins d'un an vont en moyenne moins loin que les autres (4,5 kilomètres pour les moins d'un an, 5,7 kilomètres pour les enfants d'un à quatre ans et 5,1 kilomètres pour ceux de 5 à 14 ans). Pour toutes les catégories de sexe et/ou d'âge, la médiane reste à deux kilomètres, sauf pour les enfants de un à quatre ans (un kilomètre). Ces tendances correspondent à ce qui est généralement observé dans les pays en voie de développement et en Afrique subsaharienne en particulier: les adultes sont plus mobiles que les enfants et, parmi les adultes, les hommes que les femmes. Ces conclusions confirment les résultats de notre analyse, à partir des registres de santé, des taux d'utilisation des seuls services de santé modernes, en fonction de la distance croisée avec le sexe et l'âge (cf. partie III, chap. 2c).

Moyens de transport utilisés

La plupart des localités de la sous-préfecture de Ouessè ne disposent pas de services de santé modernes. De plus, les guérisseurs et les devins, largement disséminés dans la sous-préfecture de Ouessè, ne sont presque pas utilisés. Le recours à un service de santé implique donc souvent le déplacement vers une autre localité. Cela est aussi vrai pour les malades habitant une localité pourvue d'un service de santé, mais qui préfèrent le secours d'une autre ressource sanitaire. Dès lors, l'insertion ou non d'une localité dans d'un réseau de communication, tout comme la disponibilité ou non de moyens de locomotion au sein des ménages constituent des barrières ou au contraire des "facilitateurs" à l'utilisation des services de santé. C'est plus la capacité d'un ménage à disposer d'un moyen de transport qui importe, que la possession personnelle d'un vélo, d'une moto ou d'une voiture. Le moyen de locomotion utilisé dépend de nombreux facteurs, dont les principaux sont: la distance à parcourir, la possession d'un véhicule, la capacité d'en mobiliser un dans son réseau d'interconnaissance, la localisation le long ou près d'un axe routier desservi par les taxis, l'état du malade et la disponibilité en argent au moment de la maladie.

Comme il est très peu probable que le mode de locomotion utilisé pour atteindre le premier recours extérieur change selon que ce recours intervienne directement ou après l'automédication, nous avons étudié ensemble tous les premiers recours extérieurs. Le Tableau 108 indique que la moitié des déplacements ont été effectués à pied. L'utilisation d'une moto ou d'une mobylette arrive en deuxième position, avec presque un quart des déplacements (23 %). Puis viennent le recours à une voiture, le plus souvent un taxi collectif (17 %), et à un vélo (9 %). La combinaison de la marche, jusqu'à un point desservi par les taxis, et du recours à un taxi est tout à fait marginale (1 %). Il est toutefois probable qu'une partie de ces déplacements mixtes ait été rangées dans la catégorie des utilisateurs exclusifs de taxis. La marche est donc de loin le principal mode d'accès aux services de santé, mais les véhicules motorisés assurent tout de même 4 déplacements sur 10.

Tableau 108 Moyen de locomotion utilisé pour l'ensemble des premières consultations extérieures, avec ou sans automédication préalable (source: enquête domiciliaire, 1995).

	A pied		Pied+taxi		Vélo		Moto		Taxi-voit.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	10	38	2	8	0	0	11	42	3	12	26	100
Wokpa	4	10	1	3	11	28	5	13	19	48	40	100
Gbanlin	32	54	0	0	0	0	14	24	13	22	59	100

Djegbé	26	79	0	0	0	0	1	3	6	18	33	100
Attannondoho	20	34	0	0	4	7	32	55	2	3	58	100
Adougou	44	86	0	0	2	4	0	0	5	10	51	100
Gbaffo	12	100	0	0	0	0	0	0	0	0	12	100
Attata	13	62	0	0	4	19	4	19	0	0	21	100
Gbédé	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100
Kilibo	31	91	0	0	0	0	1	3	2	6	34	100
Akpéro	7	20	0	0	0	0	15	43	13	37	35	100
Toui PK	1	5	1	5	3	14	13	62	3	14	21	100
Odo Akaba	10	30	0	0	13	39	3	9	7	21	33	100
Total	213	50	4	1	37	9	99	23	73	17	426	100

La structure des moyens de transport utilisés ne prend vraiment sens qu'avec un examen village par village tenant compte de la disponibilité locale ou non d'un service de santé et la distance effectivement parcourue. Des 13 villages étudiés, 7 ne possèdent pas de services de santé modernes, si l'on ne prend pas en compte les UVS: Idadjo, Wokpa, Attata, Gbédé, Akpéro, Toui PK et Odo Akaba. Les 6 autres en bénéficient d'un, dans le village même ou dans l'agglomération à laquelle ils appartiennent. Plus des deux tiers des malades (67 %) disposant d'un service de santé à proximité se sont rendu à pied chez le premier prestataire de service. Cette proportion chute à un bon quart (27 %) dans les villages dépourvus de service. Les vélos, les motos et les taxis collectifs ou les très rares voitures personnelles ont été utilisés par respectivement 2, 19 et 11 % des malades habitant dans une localité disposant d'un service de santé formel et par 17, 28 et 26 % des patients ne résidant pas dans de telles localités. Seuls ces derniers ont rarement utilisé la combinaison marche puis taxi (2 %). La presque totalité des cas d'utilisation d'un véhicule à moteur par les malades disposant d'un service de santé concernent les recours à un autre service de santé que le service local, sauf à Attannondoho.

Selon la distance à parcourir, largement dépendante de la disponibilité locale d'un service de santé, le mode de transport utilisé est donc largement différent. Gershenberg et Haskell (1972) avaient déjà observé qu'en Ouganda la part de la marche décroissait de 73 à 55 %, selon que les patients avaient visité un poste de secours, un dispensaire ou un centre de santé. De plus, le moyen de locomotion utilisé y était largement fonction de la distance à parcourir. Dans la sous-préfecture de Ouessè, 63 % des malades ne disposant pas d'un service de santé local ont utilisé un véhicule pour sortir de leur village, dont 72 % d'entre eux un véhicule à moteur. Or nous avons vu plus haut que moins d'un ménage sur deux dispose d'une bicyclette, un ménage sur trois d'une moto ou d'une mobylette et seulement un ménage sur 25 d'une voiture. Beaucoup de malades ont donc dû louer ou emprunter un véhicule ou encore payer une place (ou deux, car ils sont souvent accompagnés) dans un taxi collectif. Avec un peu de chance, il est possible d'emprunter une moto auprès d'un parent ou d'un ami, pour peu que l'on fournisse l'essence.

La totalité des patients de Gbaffo et de Gbédé sont allés à pied aux services de santé. Ce sont les deux villages disposant le moins, et de très loin, de véhicules. Les *Peul* de Gbaffo sont tous allés au CSSP voisin, alors que les 3 malades de Gbédé qui ont consulté se sont rendus au dispensaire de Kokoro (8 kilomètres) et à la maternité de Challa Ogoï (11 kilomètres, mais seulement 5 kilomètres par un sentier coupant à travers la brousse, praticable seulement à la saison sèche). Même si les habitants de Wokpa aiment affirmer qu'ils doivent souvent se déplacer à pied pour se faire soigner ou pour accoucher, seuls 13 % des patients de ce village ont effectué tout ou partie du trajet à pied, soit au minimum 5 kilomètres aller simple. Près de la

moitié d'entre eux ont utilisé une voiture et plus d'un quart un vélo. Une bonne moitié des patients de Gbanlin sont allés à pied au CCS local. Ils utilisent presque à égalité motos et taxis dès qu'il s'agit d'aller au CSSP ou à l'hôpital Saint-Martin. Quatre-vingts à 90 % des patients de Djegbé, Adougou et Kilibo ont consulté localement, donc à pied. Le taxi et beaucoup plus rarement la moto sont utilisés pour se rendre dans d'autres services de santé. A Adougou, deux malades ont substitué le vélo à la marche pour se rendre au CSSP voisin. Il semble que, dans certains cas, vélos et motos soient utilisés non pas tellement parce qu'ils atténuent la distance, déjà courte, mais parce qu'ils permettent le transport de malades pouvant difficilement se déplacer à pied.

Très isolés, sans voitures privées et pas desservis par les taxis, les habitants d'Idadjo utilisent surtout des motos pour consulter, lorsqu'ils ne se contentent pas d'une visite au secouriste de l'UVS locale. Deux personnes (8 %) sont tout de même allées à pied jusqu'à Vossa (17 kilomètres) pour y prendre un taxi! Trois malades ont profité d'une très rare voiture de passage, à moins qu'ils soient allés quérir un taxi tout exprès à Vossa, solution dispendieuse. Aucun malade n'a quitté Idadjo à vélo.

De nombreux patients d'Attannondoho, dans l'agglomération de Ouessè, se font mener à moto, beaucoup plus rarement à vélo, pour aller au CSSP, pourtant distant d'environ 1,5 kilomètre seulement. Proches du CSSP, les habitants d'Adougou s'y rendent à pied et, très rarement, à bicyclette. Plus de la moitié des patients d'Attata (57 %) viennent au CSSP à pied (3 kilomètres), les autres utilisant à égalité le vélo ou la moto. Aucun n'emploie le taxi, bien que le village soit localisé sur une piste desservie. Mais le prix demandé est élevé par rapport à la distance, si un taxi daigne s'arrêter. De plus et surtout, ils ne roulent en direction de Ouessè qu'à partir du milieu ou de la fin de l'après-midi, sans possibilité de retour en taxi avant le lendemain matin.

Non directement desservis par les taxis, qu'il faut aller prendre respectivement à 2 et 8 kilomètres, les habitants d'Akpéro et plus encore de Toui PK utilisent surtout les motos pour se rendre dans les services de santé. Les taxis sont tout de même aussi beaucoup employés par les patients d'Akpéro, alors que ceux de Toui PK utilisent aussi quelquefois le vélo pour aller à l'hôpital Saint-Martin ou au CSSP de Tchaourou. Les deux-roues de ce village empruntent alors un raccourci, petit sentier longeant la voie ferrée, plutôt que l'exécrable piste menant à la route goudronnée. Un cinquième des consultants d'Akpéro sont allés à pied dans un service de santé. Il s'agit du recours à l'UVS locale.

Habitant à seulement 4 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin, auquel ils sont reliés par une bonne route goudronnée parcourue par de nombreux taxis tout au long de la journée, les malades d'Odo Akaba sont partagés entre différents modes de transport: le vélo (39 %), la marche (30 %), le taxi (21 %) et la moto (seulement 9 %). La proximité et la plus grande disponibilité en vélos (27 vélos pour 12 motos pour les 50 ménages d'Odo Akaba sondés) expliquent cette forte prépondérance des vélos sur les motos.

Relevons pour terminer que la combinaison marche et taxi n'est quasiment pas utilisée. Les quelques cas se retrouvent logiquement dans les villages non directement desservis par les taxis: Idadjo, Wokpa et Toui PK. Dans une situation similaire, Gbédé a pourtant vu tous ses rares patients aller à pied jusqu'au bout (6 kilomètres de piste puis seulement deux kilomètres de route goudronnée pour atteindre le dispensaire de Kokoro). Le cas d'Akpéro reste peu clair. Jusqu'en 1993, ce village était assez bien desservi par une partie des taxis venant de Ouessè et allant vers Parakou, au nord. La réfection d'une piste plus directe a ensuite détourné le trafic de ce village. Des villageois nous ont affirmé que depuis lors, ils allaient souvent à pied jusqu'au hameau de Ekpa, à environ 2 kilomètres, pour y prendre les taxis circulant sur la route goudronnée. Certains iraient aussi aux CCS de Kémon et surtout de Kilibo en empruntant des

raccourcis pédestres à travers la brousse. Or, selon l'enquête, personne ne couple la marche avec le taxi et personne ne quitte le village à pied pour se faire soigner. Par contre, 37 % des patients ont utilisé un taxi ou une voiture. En fait, contrairement à d'autres villages hors des axes de communication (Idadjo et Gbédé), Akpéro a la chance de disposer de ses propres taxis ou voitures (au moins 4).

Est-ce que le sexe et l'âge du malade influencent le mode de transport utilisé? La question est pertinente lorsque l'on sait que, dans la sous-préfecture de Ouessè, une femme ne conduit jamais un vélo ou une voiture, et que seules quelques rares femmes fonctionnaires y pilotent des mobylettes et autres petites motos. L'âge du malade pourrait lui aussi indirectement conditionner le moyen de transport, puisque nous venons de voir que les recours extérieurs sont en moyenne moins lointains pour les enfants que pour les adultes. Il en va de même pour le sexe, puisque les hommes adultes vont eux aussi plus loin que les femmes adultes, en moyenne.

Le Tableau 109 permet de vérifier ces hypothèses. Proportionnellement, les hommes vont effectivement moins à pied que les femmes (47 contre 55 %), mais un peu plus à vélo et nettement plus à moto (27 contre 18 % des déplacements). Ce qui semble confirmer nos hypothèses. Par contre, les femmes utilisent un peu plus les taxis ou les voitures privées que les hommes (19 contre 16 %). Pour les trajets lointains, les hommes privilégient donc nettement l'usage de la moto, alors que les femmes préfèrent, de façon moins marquée, les taxis. Mais de toutes ces différences, seule celle relative à l'utilisation de motos est statistiquement significative ($p = 0,036$), selon le test du χ^2 .

Si l'on compare les hommes adultes (15 ans et plus) aux femmes adultes, les premiers vont moins à pied que les secondes (40 contre 52 %, mais différence statistiquement non significative), beaucoup plus à vélo (9 contre 1 %, $p = 0,036$) et presque autant à moto (27 contre 26 %) ou en taxi (22 contre 20 %). Ce n'est donc pas à cause d'un moins bon accès aux véhicules à moteurs – pour des raisons économiques ou pratiques par exemple – que les femmes adultes vont un peu plus à pied que les hommes, mais parce qu'elles n'utilisent quasiment jamais les vélos.

Tableau 109 Moyen de locomotion utilisé selon le sexe et la catégorie d'âge pour l'ensemble des premières consultations extérieures, après ou sans automédication préalable (source: enquête domiciliaire, 1995).

	A pied		A pied + taxi		Vélo		Moto		Taxi - voiture		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes	117	47	2	1	22	9	68	27	41	16	250	100
Femmes	93	55	2	1	11	7	31	18	32	19	169	100
Enfants	131	54	2	1	22	9	51	21	35	15	241	100
Adultes	79	45	2	1	11	6	47	27	38	21	177	100
T1	27	63	1	2	1	2	7	16	7	16	43	100
T2	56	56	1	1	14	14	16	16	13	13	100	100
T3	48	49	0	0	7	7	28	29	15	15	98	100
T4	79	45	2	1	11	6	47	27	38	21	177	100
F4	36	52	0	0	1	1	18	26	14	20	69	100
H4	43	40	2	2	10	9	29	27	24	22	108	100

Légende T1 = enfants de moins d'un an, T2 = enfants d'un à quatre ans, T3 = enfants de cinq à quatorze ans, T4 = adultes (quinze ans et plus); F4 = femmes adultes, H4 = hommes adultes.

Conformément à notre hypothèse, les enfant – ou plutôt leurs parents – semblent privilégier les moyens de locomotion à faible rayon d'action. Cinquante-quatre pour cent des enfants de moins de 15 ans se rendent à pied – c'est-à-dire sur le dos de leur mère pour les plus jeunes d'entre eux! – chez un thérapeute spécialisé, contre 45 % des adultes ($p = 0,05$). Ces valeurs sont respectivement de 9 et 6 % pour le vélo. Les enfants voyagent alors sur le porte-bagages ou sur le dos de leur mère elle-même sur le porte-bagages. A l'inverse, seuls 37 % des enfants utilisent un véhicule à moteur, contre 49 % des adultes ($p = 0,011$). Les enfants sont alors forcément accompagnés d'un, si ce n'est de deux adultes lors d'un trajet à moto. Il n'y a par contre aucune différence statistiquement significative dans le mode de locomotion utilisé par les trois classes d'âge des enfants.

Notons encore que le choix d'un service de santé pour un enfant malade peut dépendre de qui est présent à la maison lorsqu'il est jugé nécessaire de consulter. Ainsi, une femme de Laminou a justifié ainsi le choix du service de santé pour sa fille de six ans: "J'ai préféré aller chez le privé [le cabinet de soins infirmiers de Botti] plutôt qu'à l'hôpital [le CSSP de Ouessè] car il est plus près. Si mon mari avait été à la maison, il l'aurait amenée à l'hôpital". Seule, cette femme ne pouvait ni aller à vélo ni à moto au CSSP et l'enfant était déjà lourde pour la porter. Dans ces conditions, un gain de proximité d'un petit kilomètre a été déterminant dans le choix du recours extérieur.

Bien qu'il existe d'importantes différences selon le sexe et l'âge dans la capacité d'utiliser les divers moyens de transport – seuls les hommes adultes peuvent et savent employer les vélos et les motos –, cette inégalité initiale d'accès aux deux-roues est en grande partie contrebalancée par le fait que femmes et enfants utilisent largement les cycles en tant que passagers (les vélos pour les enfants et les motos pour les femmes et les enfants). De plus, les Béninoises, au moins celles du Sud et du Centre, jouissent d'une très grande liberté de mouvement. Elles ne connaissent pas de restrictions culturelles pour prendre seules un taxi.

Provenance des remèdes

Nous avons vu que 7 malades sur 10 commencent par se soigner en consommant des remèdes traditionnels et/ou modernes. Bien que l'automédication reste, par définition, circonscrite à un cadre familial et éventuellement de voisinage, elle implique tout de même des relations avec un espace et/ou un réseau extérieur à la famille. Les remèdes nécessaires à l'automédication proviennent en effet tous, plus ou moins directement, de l'extérieur de la famille. Le type de remèdes utilisés conditionne évidemment leur provenance, puisque certains lieux d'approvisionnement fournissent exclusivement soit des remèdes traditionnels (la brousse), soit des médicaments modernes (les vendeuses du marché ou ambulantes et les pharmacies).

Si, contrairement à ce que l'on peut observer dans les villes du Sud, les marchés de la sous-préfecture de Ouessè n'offrent pas de plantes médicinales, on y trouve cependant quelques produits (coquillages, os de seiches, minéraux, noix et graines diverses...) entrant dans la composition d'amulettes sensées apporter chance ou protection. Certains produits d'usage courant (citron, sucre, *sodabi* – alcool fort de palme...) entrent également dans la préparation de certaines recettes familiales d'automédication. Ils sont achetés sur le marché auprès de vendeuses non spécialisées dans la vente de médicaments.

La sous-préfecture dispose de deux dépôts pharmaceutiques, l'un à Ouessè, l'autre à Kilibo. L'essentiel de leurs ventes alimentent l'automédication. Il est en effet rare que les services de santé délivrent une ordonnance pour combler les lacunes de leur propre pharmacie, natamment pour les pommades. Les médicaments alors prescrits ne sont d'ailleurs pas tous disponibles dans de simples dépôts pharmaceutiques, à l'assortiment limité. On les achète alors, ou on les fait acheter, dans les pharmacies des grandes villes, Parakou surtout. Il sera donc

intéressant de mesurer la place occupée par ces deux dépôts pharmaceutiques et les pharmacies en général au regard du réseau beaucoup plus serré de vendeuses et revendeuses de médicaments modernes.

Comme l'indique le Tableau 110, les 930 cas de maladie d'abord traités par automédication ont impliqué 1'233 recours à l'une ou l'autre source d'approvisionnement, soit 1,33 recours par cas. Impliquant forcément au moins deux sources d'approvisionnement différentes, la consommation simultanée ou successive de remèdes traditionnels et modernes dans 29 % des cas d'automédication explique largement cette moyenne sensiblement supérieure à une seule source d'approvisionnement. De plus, pour le même type de remèdes, il est parfois arrivé que deux sources différentes soient utilisées. Par exemple pour un traitement moderne, certains ont employé les médicaments disponibles dans la réserve familiale, qu'ils ont dû compléter par un achat auprès des vendeuses. De même, certains médicaments introuvables ailleurs sont achetés dans un dépôt pharmaceutique, alors que les médicaments courants proviennent des vendeuses, moins chères.

Les vendeuses du marché ou itinérantes constituent globalement la première source d'approvisionnement en remèdes (48 % des réponses), suivies de près par le recours aux produits de la brousse (43 % des réponses). Les quatre autres sources d'approvisionnement sont marginales: pharmacies de ménage (4 %), pharmacies et dépôts pharmaceutiques (3 %), dons ou vente de parents ou d'amis (1 %) et autres (1 %).

Le questionnaire confirme donc le rôle très limité que jouent globalement les deux dépôts pharmaceutiques locaux, ainsi que les pharmacies extérieures à la sous-préfecture, dans l'approvisionnement en médicaments modernes destinés à l'automédication. De même, si environ 38 % des ménages disposent à la maison d'une réserve d'au moins un remède traditionnel et environ un quart d'une petite pharmacie familiale contenant au moins un médicament moderne¹, cette source d'approvisionnement est en moyenne insignifiante. De plus, une bonne moitié des recours à la pharmacie de ménage complètent l'utilisation d'une autre source d'approvisionnement. Cela confirme que ces réserves familiales de remèdes sont fort peu fournies et rarement adaptées aux besoins du moment.

Tableau 110 Provenance des remèdes utilisés pour l'automédication, par village; plusieurs provenances possibles pour un seul cas de maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Brousse		Vendeuses		Pharmacie		Réserve fam.		Parents+amis		Autres		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	81	42	96	50	3	2	6	3	2	1	4	2	192	100
Wokpa	40	35	66	58	6	5	1	1	0	0	0	0	113	100
Gbanlin	15	26	38	66	3	5	2	3	0	0	0	0	58	100
Djégbé	59	43	61	45	9	7	6	4	0	0	2	1	137	100
Attannondoho	36	39	43	47	3	3	7	8	2	2	1	1	92	100
Adougou	32	39	30	36	8	10	13	16	0	0	0	0	83	100
Gbaffo	29	48	28	47	1	2	1	2	1	2	0	0	60	100
Attata	33	49	32	47	0	0	3	4	0	0	0	0	68	100
Gbédé	70	57	48	39	0	0	4	3	0	0	0	0	122	100

¹ A Cotonou, 59 % des ménages disposent d'une boîte à médicaments (AKANGAH, 1986).

Kilibo	28	38	34	47	7	10	1	1	2	3	1	1	73	100
Akpéro	43	49	38	44	1	1	3	3	0	0	2	2	87	100
Toui PK	18	30	37	61	0	0	4	7	1	2	1	2	61	100
Odo Akaba	42	48	40	46	0	0	1	1	4	5	0	0	87	100
Total	526	43	591	48	41	3	52	4	12	1	11	1	1233	100

La fourniture de remèdes, qu'ils soient traditionnels ou modernes, par des proches est quasi nulle. Cela s'explique sans doute largement par le fait que ces éventuels apports proviennent eux aussi de réserves familiales, qui sont, nous l'avons vu, pas très nombreuses, ni surtout adaptées aux besoins concrets du moment. Si les réseaux familiaux et de voisinages jouent un rôle dans l'automédication – ce que nous n'avons pas cherché à vérifier –, il consiste donc en conseils et dons ou prêts d'argent, mais guère en prestations en nature.

Pour chacune des quatre principales sources d'approvisionnement, peu de villages se distinguent de l'ensemble des autres de manière statistiquement significative (seuil $p \leq 0,05$). Ainsi, Gbanlin se caractérise par un approvisionnement en brousse très inférieur à la moyenne (26 contre 43 %), à l'inverse de Gbédé (57 %). Par contre, les ménages de Gbanlin recourent aux vendeuses de médicaments nettement plus souvent que les autres ménages (66 % contre 48 % en moyenne). Ces mêmes villages se caractérisaient déjà par une sur- ou sous-utilisation statistiquement significative des remèdes modernes ou traditionnels employés seuls, la brousse procurant uniquement des remèdes traditionnels et les vendeuses presque exclusivement des médicaments modernes.

Deux villages se singularisent par une surutilisation des dépôts pharmaceutiques. Il s'agit sans surprise de Kilibo et d'Adougou (10 % chacun pour une moyenne générale de 3 %). Le premier abrite un dépôt pharmaceutique. Le second appartient à l'agglomération de Ouessè et bénéficie, à quelques centaines de mètres, du deuxième dépôt pharmaceutique de la sous-préfecture. Relevant également de l'agglomération de Ouessè, mais sensiblement plus éloigné du dépôt qu'Adougou, Attannondoho ne se distingue pas de la moyenne. Les ménages de Djegbé s'approvisionnent aussi en médicaments beaucoup plus que la moyenne (7 %) dans les dépôts pharmaceutiques ou les pharmacies, mais cette différence est à peine significative. A l'inverse, aucun ménage d'Attata, de Gbédé, de Toui PK et d'Odo Akaba n'a acheté de médicaments dans un dépôt pharmaceutique ou une pharmacie (différence significative seulement pour Gbédé). A l'exception d'Attata, tous ces villages sont très éloignés des deux dépôts pharmaceutiques.

Seuls les ménages d'Adougou recourent de façon significative plus que les autres ménages aux remèdes stockés dans la pharmacie de ménage (16 % contre 4 % en moyenne). Vient ensuite (statistiquement non significatif!) Attannondoho, avec 8 % de recours à la réserve familiale. Ainsi, ce sont paradoxalement les villages bénéficiant localement à la fois d'un dépôt pharmaceutique et du plus grand nombre de vendeuses de médicaments, qui recourent le plus aux remèdes de la pharmacie de ménage, à l'exception des *Peul* de Gbaffo.

Si la plupart (68 %) des malades qui ont pratiqué l'automédication ont recouru à un seul type d'approvisionnement en remèdes, 31 % d'entre eux ont combiné deux sources d'approvisionnement et 1 % trois sources. Le Tableau 111 indique les différentes combinaisons, deux à deux, des sources d'approvisionnement utilisées. Sur 930 cas d'automédication, le recours exclusif aux vendeuses, pour des médicaments modernes presque uniquement, arrive largement en tête (36 %), suivi à égalité par le recours exclusif à la brousse et l'approvisionnement mixte chez les vendeuses et à la brousse (26 % chacun).

L'ensemble des autres sources d'approvisionnement ou combinaisons de sources ne concerne que 12 % des malades pratiquant l'automédication. Les réserves familiales de remèdes n'ont été utilisées seules que par moins de 3 % des ménages, soit à peine plus que l'ensemble des combinaisons de sources d'approvisionnement incluant les réserves familiales. Parmi ces combinaisons, celle comportant l'approvisionnement direct en brousse est de loin la plus fréquente.

Tableau 111 Combinaisons des différentes provenances des remèdes utilisés pour l'automédication (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Brousse		Vendeuses		Pharmacies		Réserve fam.		Parents+amis		Autres	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Brousse	244	26*	239	26	12	1	16	2	2	0	4	0
Vendeuses			335	36	4	0	4	0	2	0	2	0
Pharmacies					19	2	3	0	0	0	0	0
Réserve fam.							24	3	0	0	0	0
Parents+amis									7	1	0	0
Autres											2	0

* Tous les pour cent sont calculés sur un total de 930 cas d'automédication, 11 d'entre eux (1 %) faisant appel à des remèdes provenant de trois sources.

Le recours exclusif à un dépôt pharmaceutique ou à une pharmacie constitue une source d'approvisionnement marginale (2 % des malades pratiquant l'automédication), tout comme les différentes combinaisons comprenant le recours à un dépôt pharmaceutique (presque 2 %). Une fois encore, la brousse se taille la part du lion dans ces combinaisons. Il est exceptionnel (1 % des malades) que les remèdes proviennent de dons ou de prêts de parents ou d'amis, que ce soit comme unique source ou en combinaison.

Ainsi, à la diversité des types et combinaisons de types de remèdes utilisés en automédication répond une pluralité de lieux d'approvisionnement, dont notre typologie ne rend compte que partiellement. Ce que nous avons appelé vendeuses de médicaments regroupe par exemple aussi bien des vendeuses professionnelles, que l'on rencontre quotidiennement ou presque sur les marchés comme celui de Ouessè, des vendeuses itinérantes parcourant occasionnellement ou régulièrement les villages, des professionnel(le)s qui ne viennent que le jour du grand marché hebdomadaire ou encore des revendeuses occasionnelles qui achètent "en gros" des médicaments auprès des vendeuses du marché ou des quelques vendeurs fonctionnant surtout comme "grossistes" et qui les revendent à l'unité dans leurs villages. Certaines de ces catégories ne sont d'ailleurs pas exclusives. Par exemple, certaines vendeuses sont tantôt présentes sur le marché, tantôt en tournées dans les villages.

De plus, les médicaments commercialisés sont d'origine très variées et pénètrent dans la sous-préfecture de Ouessè, comme partout au Bénin, par des filières fort diverses, souvent illégales ou considérées comme telles¹. De même, l'approvisionnement en brousse peut impliquer la visite de plusieurs milieux distincts, chacun apportant ses ressources spécifiques:

¹ A notre connaissance, il n'existe toujours pas au Bénin de loi régissant l'exercice de la médecine et la vente de médicaments. Bien que parfois la gendarmerie sévise plus ou moins mollement contre les "trafiquants" de médicaments, particulièrement sur les frontières et sur les grands axes de communication, les vendeurs sur les marchés ne semblent pas importunés. Ils sont toutefois conscients que leur activité n'est que tolérée et s'entourent d'une certaine discrétion. Ainsi par exemple, une vendeuse originaire de Porto-Novo fixée à Ouessè cachait-elle sous son étal sa caisse de produits injectables. Contrairement à ce que nous avons connu, une enquête sur le "marché de la santé à Cotonou", s'est heurtée à la plus grande méfiance et au quasi mutisme des vendeuses de médicaments sur les marchés cotoñois (BOULOUANI 1996).

abords de la case ou du village, champs, jachères, brousse proprement dite (zones pastorales, forêts plus ou moins dégradées, parfois réduites à de minces forêts galeries).

Comme nous l'avons signalé plus haut, on pourrait considérer que l'automédication ne constitue pas une, mais souvent plusieurs étapes d'un itinéraire thérapeutique, caractérisées par l'utilisation successive ou simultanée de plusieurs remèdes et types de remèdes, provenant de diverses sources. S'il existe bel et bien un pluralisme médical fort développé au Bénin, comme le montre toute cette thèse, celui-ci commence déjà à l'intérieur même de l'automédication. On a trop souvent tendance à l'oublier et à ne prendre en considération que la pluralité des recours à des spécialistes extérieurs.

Nombre de visites chez le premier recours extérieur

A consulter les rapports et statistiques sanitaires béninois, on constate que le nombre moyen de visites effectuées pour un épisode de maladie dans un service de santé public est très faible. Ce qui, plus qu'une grande efficacité thérapeutique, suggère que les patients insatisfaits du résultat d'un premier traitement vont consulter un autre recours thérapeutique plutôt que de retourner au lieu initial de prise en charge. En fait, le nombre moyen de visites et leur structure ne sont pas si simples à interpréter, puisqu'ils dépendent à la fois de la confiance des patients accordée aux services de santé, de l'efficacité thérapeutique de ces derniers, mais aussi du type et de la gravité des problèmes de santé ainsi que de l'accessibilité des services de santé et de la disponibilité financière des ménages.

Même dans les services de santé où des registres ou fichiers de patients existent, il est impossible, ou pour le moins délicat, de savoir combien de visites un patient y a effectué pour un même épisode de maladie. En effet, seules les nouvelles consultations, c'est-à-dire la première consultation à cet endroit pour cet épisode de maladie, sont enregistrées dans les services de santé publics. Les visites ultérieures (anciens consultants) sont simplement comptabilisées, sans qu'il soit possible de les attribuer à tel ou tel patient. Il est donc théoriquement possible de calculer un indice de concentration moyen en divisant le nombre total de nouveaux et d'anciens cas par celui des nouveaux cas. On obtient ainsi le nombre moyen par épisode de visites dans un établissement particulier, qui est de 1,16 pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie II, chap. 2). A l'hôpital Saint-Martin de Papané, toutes les visites sont enregistrées sur des fiches individuelles de patients, sans distinguer les nouvelles des anciennes consultations. En examinant les dates de visite et les diagnostics, il serait sans doute possible d'individualiser des épisodes de maladie avec une faible marge d'erreur. En définitive, l'utilisation d'un questionnaire reste le seul moyen fiable de connaître le nombre de visites effectuées dans n'importe quel type de services de santé pour un épisode donné de maladie.

Les 438 malades qui ont recouru à un spécialiste de la santé lors de la première étape de l'itinéraire thérapeutique ou lors de la deuxième étape, après l'automédication, ont effectué ensemble 911 visites, soit une moyenne de 2,1 visites (cf. Tableau 112). Cette valeur est bien plus élevée – et le serait encore davantage si l'on n'avait pris en considération que les épisodes finis de maladie – que les indices de concentration calculé à partir des relevés sanitaires mensuels. Cela confirme les dires des agents de santé des établissements publics: ils oublient d'enregistrer de nombreux anciens consultants.

Le nombre moyen de visites varie considérablement d'un village à l'autre, de 1,3 à 3,3. Cette variation s'explique essentiellement par une accessibilité différenciée aux services de santé. On observe en effet une bonne corrélation négative ($r = -0,733^1$) entre le nombre moyen de visites par village et la distance séparant chaque village du service de santé moderne le plus

¹ Le village de Gbédé, qui n'a enregistré que quatre consultations extérieures, a été écarté du calcul.

proche. En d'autres termes, plus un village est éloigné du service de santé le plus proche et moins ses habitants qui utilisent un recours extérieur multiplient les visites pour le même épisode de maladie.

Tableau 112 Nombre de malades par village ayant effectué 1, 2, 3... visites chez le premier recours extérieur utilisé, directement ou après automédication, et nombre moyen de visites par recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	1 vis.		2 vis.		3 vis.		4 vis.		5 vis.		6 vis.		>6 vis.		Patients		Visites	Vis./pat.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
Idadjo	18	82	2	9	1	5	0	0	1	5	0	0	0	0	22	100	30	1.4
Wokpa	20	50	10	25	7	18	0	0	3	8	0	0	0	0	40	100	76	1.9
Gbanlin	31	53	13	22	4	7	2	3	3	5	4	7	2	3	59	100	134	2.3
Djegbé	14	36	12	31	8	21	1	3	1	3	1	3	2	5	39	100	91	2.3
Attannondoho	18	33	10	19	12	22	6	11	5	9	1	2	2	4	54	100	143	2.6
Adougou	21	42	9	18	9	18	4	8	4	8	2	4	1	2	50	100	123	2.5
Gbaffo	6	43	3	21	0	0	2	14	0	0	1	7	2	14	14	100	42	3.0
Attata	13	62	3	14	3	14	2	10	0	0	0	0	0	0	21	100	36	1.8
Gbédé	2	50	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	4	100	13	3.3
Kilibo	13	37	9	26	9	26	3	9	0	0	0	0	1	3	35	100	77	2.2
Akpéro	21	60	9	26	3	9	1	3	1	3	0	0	0	0	35	100	57	1.6
Toui PK	25	81	4	13	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	31	100	39	1.3
Odo Akaba	24	71	7	21	0	0	3	9	0	0	0	0	0	0	34	100	50	1.5
Total	226	52	92	21	58	13	24	5	18	4	9	2	11	3	438	100	911	2.1

Cela est particulièrement bien visible lorsque l'on analyse la structure par village des visites dans les centres de santé. Si une bonne moitié (52 %) de l'ensemble des utilisateurs d'un spécialiste de la santé se sont contentés de le visiter une seule fois par épisode de maladie, cette proportion dépasse les 80 % à Idadjo et à Toui PK, les deux villages jouissant de la moins bonne accessibilité aux services de santé modernes. Cette proportion est également élevée à Odo Akaba, Attata et à Akpéro (respectivement 71, 62 et 60 %), trois autres villages sans service de santé, si l'on néglige les UVS d'Akpéro et d'Attata, à peine fonctionnelles. A l'exception de Gbédé, non significatif en raison du nombre de cas très limité, Wokpa est le seul village sans service de santé dont la proportion de visites uniques est inférieure, de peu, à la moyenne. A l'inverse, tous les villages disposant d'un service de santé moderne enregistrent une proportion de visites multiples égale ou, plus souvent, supérieure à la moyenne. En moyenne, 21 % des patients ont effectué deux visites chez le même thérapeute et 13 % trois visites. Seuls 14 % des patients ont visité plus de trois fois le même service de santé pour y poursuivre le traitement prescrit. Sans entrer dans les détails, relevons que les patients qui multiplient beaucoup le nombre de visites pour un même épisode habitent dans des villages ou agglomérations disposant d'un service de santé. Selon les villages, de 12 à 35 % de ces utilisateurs ont effectué plus de trois visites. C'est le cas de seulement 0 à 10 % des utilisateurs habitant des villages sans service de santé.

est effectué? La réponse semble clairement affirmative, bien que l'explication des différences constatées reste délicate. Pour une moyenne de 2,1 visites, tous types de recours extérieurs confondus, on relève en moyenne 2,4 visites au CSSP de Ouessè, 2,3 visites pour l'ensemble des CCS (mais 2,5 visites à la maternité de Gbanlin, 2,4 au CCS de Djegbé, 2 à celui de Kilibo et 1,9 au dispensaire de Tosso, les autres dispensaires attirant trop peu de malades de notre échantillon pour y calculer une moyenne), 1,8 visite pour l'ensemble des thérapeutes modernes privés, 1,6 pour les UVS et seulement 1,4 pour l'hôpital Saint-Martin.

Les services de santé publics sont essentiellement utilisés par une clientèle locale. Il lui est d'autant plus facile de répéter les visites après la consultation initiale que les services de santé locaux bénéficient d'une accessibilité maximale et d'une bonne acceptabilité précisément attestée par le fait qu'il y a déjà eu recours. La gratuité des anciennes consultations – mais pas des médicaments, en général bien plus chers que la consultation – constitue un encouragement supplémentaire dans ce sens.

La relativement faible moyenne de visites effectuées chez les agents de santé privés s'explique, au moins partiellement, par le fait qu'une partie de ces consultations ont été effectuées par des infirmiers en tournée dans les villages. Cette pratique, par son caractère sporadique et aléatoire, ne favorise évidemment pas le suivi des patients et débouche généralement sur des consultations uniques.

Le nombre moyen de visites relevé dans les UVS (1,6, mais calculé sur seulement 9 patients) est très faible comparativement à celui calculé pour l'UVS d'Attata à partir du registre des patients de 1992 et 1993. Dans cette UVS, très peu représentée dans notre échantillon puisqu'elle a entre-temps cessé presque toute activité, les patients multipliaient les visites, gratuites tant qu'il s'agit du même épisode de maladie. Cela était particulièrement le cas pour les petites plaies et blessures qui constituaient une part importante de son activité. Cette catégorie de problèmes de santé n'est d'ailleurs pas prise en compte par notre questionnaire, qui ne s'intéresse qu'aux plaies, brûlures et traumatismes importants, laissant aux personnes interrogées l'appréciation de ce terme. Contrairement à ce que suggérait l'analyse du registre de l'UVS d'Attata, le nombre moyen de visites par épisode est donc limité dans les UVS, dès lors qu'il s'agit de problèmes de santé un tant soit peu importants. Il faut aussi signaler que le secouriste d'Attata consultait les malades avant de leur prescrire l'un des rares médicaments à disposition, alors que d'autres UVS, plus vraiment fonctionnelles, ne jouent plus guère qu'un rôle de caisse pharmaceutique villageoise. La confiance dans les compétences thérapeutiques des secouristes est, à juste titre, limitée. La tentation est alors grande, face au peu de résultat d'une première visite, de poursuivre ailleurs sa quête thérapeutique, même si l'UVS offre l'avantage de la proximité.

De tous les services de santé, l'hôpital Saint-Martin est celui qui engendre le moins de visites par épisode de maladie (1,4 en moyenne). Cela peut paraître paradoxal dans la mesure où cet établissement est de loin celui qui bénéficie de la meilleure réputation dans la sous-préfecture de Ouessè et ses environs et de la plus grande confiance des patients. Ceux-ci ne devraient donc pas désertier l'hôpital avant la fin du traitement. De plus, cet hôpital est souvent utilisé comme centre d'autoréférence pour les cas qui paraissent les plus graves. La durée de traitement et le nombre de visites nécessaires sont donc a priori plus élevés dans un tel établissement qu'ailleurs. Quatre faits expliquent cependant ce faible nombre moyen de visites:

- la grande distance séparant l'hôpital Saint-Martin de la plupart des villages de l'échantillon; or nous venons de voir que, d'une manière générale, il y a une corrélation négative entre la distance et le nombre moyen de visites;
- chaque visite à l'hôpital Saint-Martin coûte le même prix forfaitaire, que ce soit la première consultation pour un épisode de maladie ou une visite ultérieure. Par contre, dans les services de santé publics, les consultations ultérieures sont gratuites (mais pas les médicaments);
- comme nous l'avons vu, la probabilité d'être hospitalisé suite à une consultation ambulatoire est plus élevée à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè (cf. partie III, chap. 2e), ce qui diminue d'autant les visites subséquentes;
- comme nous essaierons de le démontrer dans la dernière partie de cette thèse, l'efficacité thérapeutique de l'hôpital confessionnel est en moyenne supérieure à celle

des autres services de santé de la sous-préfecture. Tout comme dans les services de santé publics, les médicaments sont de plus fournis directement pour un traitement complet, contrairement à ce que pratiquent certains privés. Il en résulte une diminution du nombre de consultations par épisode.

Hospitalisation

Les 387 premiers recours extérieurs directs ou après automédication dans un service de santé formel ont débouché sur 54 hospitalisations, pour la plupart au CSSP de Ouessè (57 %) et à l'hôpital Saint-Martin (26 %), quelques-unes à l'extérieur de la sous-préfecture (13 %) et aux dispensaires de Tosso et de Kilibo (2 % chacun)¹. Pour les maladies prises en considération – qui rassemblent l'essentiel des affections et traumatismes a priori graves ou assez graves –, le taux d'hospitalisation mensuel est donc d'environ 1 % par rapport à la totalité des personnes de l'échantillon, de 4 % par rapport à l'ensemble des malades et de 14 % par rapport au total des malades qui ont consulté un service de santé formel (premier recours extérieur; cf. Tableau 113). Ce dernier chiffre est similaire à un autre indicateur, un peu différent, que nous avons calculé à partir de l'étude exhaustive pour 1994 des registres de consultation et d'hospitalisation de ces mêmes services: la proportion d'hospitalisation par rapport à l'ensemble des nouvelles consultations, quelle que soit l'étape de l'itinéraire thérapeutique et le service de santé modernes (environ 10 %).

Le nombre de cas d'hospitalisation par village est trop faible pour être exploité de façon statistique. Nous pouvons toutefois vérifier globalement, comme nous l'avons déjà fait à partir des registres de santé, l'hypothèse selon laquelle le taux d'hospitalisation suite à un recours extérieur est plus élevé lorsque les patients proviennent d'un village sans service de santé. Ceux-ci différeraient davantage le moment du recours extérieur, espérant une amélioration qui ne vient pas toujours, et consulteraient donc pour des cas en moyenne plus graves que les patients bénéficiant d'une excellente accessibilité aux services de santé.

Cette hypothèse se vérifie pour notre échantillon: 16,4 % des premières consultations extérieures effectuées dans un service de santé formel par des patients ne disposant pas localement d'un tel service ont débouché sur une hospitalisation, contre seulement 12,6 % pour les patients habitant dans un village bénéficiant d'un service de santé. La durée moyenne d'hospitalisation est de 10,2 jours, ou plus précisément de 8,7 jours si l'on exclu un cas d'hospitalisation exceptionnellement long à l'hôpital Saint-Martin (trois mois). Elle varie considérablement selon la provenance des patients, mais le très faible nombre de cas par village n'autorise aucune conclusion. Par contre, la durée moyenne d'hospitalisation est plus longue au CSSP (9,5 jours) qu'à l'hôpital Saint-Martin (7,9 jours, sans le cas exceptionnel précité). Ces données ne concordent pas avec celles fournies par les rapports d'activité des deux hôpitaux pour les années 1992 à 1994. Selon ces sources, la durée moyenne des séjours s'échelonne de 3,5 à 4,5 jours au CSSP et de 5,2 à 5,7 jours à l'hôpital Saint-Martin (cf. partie II, chap. 2). La durée d'hospitalisation dans les 9 autres établissements utilisés est plus courte: 7,1 jours. Options thérapeutiques différentes? Efficacité thérapeutique inégale? Nature et gravité des cas distinctes? Comment expliquer cette différence de durée moyenne d'hospitalisation entre les deux établissements? Lorsque l'on sait que le taux d'occupation des lits est constamment de

¹ Les dispensaires des CCS n'ont pas pour vocation d'hospitaliser les patients. Ils ne sont d'ailleurs pas équipés de lits. Il arrive toutefois exceptionnellement qu'un patient y reste quelques jours en observation. Il s'agit alors de malades qui habitent loin du dispensaire et pour lesquels un contrôle quotidien ambulatoire impliquerait une perte de contact. Les deux cas relevés ici sont un habitant du village très inaccessible d'Idadjo hospitalisé au dispensaire de Tosso (17 kilomètres) et un habitant d'Akpéro hospitalisé au dispensaire de Kilibo (8 kilomètres).

100 %, voire plus, à l'hôpital Saint-Martin, et qu'il n'atteint jamais 50 % au CSSP, on tient sans doute une bonne partie de la réponse.

Tableau 113 Proportion par village de personnes hospitalisées lors du premier recours extérieur formel (avec ou sans automédication préalable) et durée moyenne d'hospitalisation (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Hospitalisation		Durée d'hospitalisation en jours	
	N	%	N	Moyenne
Idadjo	9	50	92	10.2
Wokpa	3	8	20	6.7
Gbanlin	5	9	81	16.2
Djegbé	5	16	125	25.0 *
Attannondoho	8	17	37	4.6
Adougou	9	18	84	9.3
Gbaffo	1	8	2	2.0
Attata	2	11	19	9.5
Gbédé	0	0	0	0.0
Kilibo	1	3	8	8.0
Akpéro	1	4	4	4.0
Toui PK	5	23	45	9.0
Odo Akaba	5	16	35	7.0
Total	54	14	552	10.2*

* Seulement 8,8 jours et 8,7 jours en moyenne générale si l'on omet une hospitalisation d'une durée tout à fait exceptionnelle (3 mois).

Si l'on distingue les malades hospitalisés lors du premier recours extérieur qui ont d'abord pratiqué l'automédication (14 cas) de ceux qui ont directement commencé leur itinéraire thérapeutique par le recours à un spécialiste (40 cas), nous obtenons des résultats paradoxaux, vu que les cas traités par automédication sont généralement considérés comme moins graves que les autres. En effet, près de 20 % des malades ayant pratiqué l'automédication puis visité un service de santé formel ont été hospitalisés lors de cette consultation, contre à peine 13 % des malades qui ont directement consulté un service de santé formel (mais cette différence n'est pas significative selon le test du χ^2). En partant du principe que l'hospitalisation constitue en général un bon indicateur de la gravité des cas de maladie, cette différence s'expliquerait par l'aggravation de la maladie, à trop différer le recours à un spécialiste. Le premier contact avec un service de santé formel est en effet intervenu après 2,3 jours, pour les hospitalisés qui n'ont pas pratiqué l'automédication, mais seulement après 5,6 jours dans le cas contraire. Cependant, la durée moyenne d'hospitalisation est plus courte pour les malades qui ont au préalable pratiqué l'automédication (7,9 jours) que pour ceux qui se sont rendus directement dans un service de santé formel (9 jours, sans le cas d'hospitalisation exceptionnellement long). Ce qui suggérerait cette fois que les premiers cas sont un peu plus légers que les seconds.

En définitive, un malade hospitalisé qui a d'abord pratiqué l'automédication ne sort pas beaucoup plus tard de l'hôpital qu'un malade qui a directement consulté (13,5 jours après le début de la maladie contre 11,3 jours). Dans le premier cas, la maladie était (ou paraissait) assez peu sérieuse au début, ce qui a motivé le recours à l'automédication. Cette stratégie est le plus

souvent efficace. Elle a toutefois échoué pour les cas qui nous concernent ici, entraînant une aggravation de la maladie qui a non seulement débouché sur une simple consultation, mais encore sur une hospitalisation, dans une proportion assez élevée (20 %).

Motivée le plus souvent par la perception de la maladie comme grave, une autre partie des malades ont opté pour une stratégie différente. Ils ont directement visité un service de santé formel, qui a partiellement confirmé la gravité des cas en hospitalisant 13 % d'entre eux, pour une assez longue période. Au bout du compte, cette deuxième stratégie semble à peine plus efficace que la première en termes d'efficacité thérapeutique. Elle l'est par contre beaucoup moins en termes d'efficacité économique, puisque la grande majorité des malades ayant d'abord pratiqué l'automédication n'ont pas eu besoin d'effectuer ensuite une consultation extérieure. Le principal atout de l'automédication réside sans doute là: son efficience est bien supérieure à celle d'un recours extérieur, pour une efficacité thérapeutique moindre peut-être, mais que l'on peut au besoin corriger par la consultation ultérieure d'un spécialiste de la santé. L'augmentation du risque qu'implique le non-recours immédiat à un spécialiste est largement pondérée par l'expérience qu'ont les malades de leurs corps, des maladies et des interactions entre les premiers et les secondes. On ne diffère donc pas une consultation dans n'importe quel cas.

Deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique

Jusqu'ici nous nous sommes intéressé à décrire et à analyser la première étape des itinéraires thérapeutiques pour les 1'334 cas de maladie recensés par notre enquête. Pour les premiers recours extérieurs, cette description a parfois empiété sur la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, lorsque ces consultations d'un spécialiste suivaient le recours à l'automédication. Penchons-nous maintenant, plus brièvement, sur les deuxièmes étapes de ces itinéraires.

Type d'actions thérapeutiques

Des 1'290 malades ayant entrepris une action thérapeutique, 3 sont décédés durant la première étape de leur itinéraire thérapeutique (0,2 %), 948 (73,5 %) se sont déclarés guéris au terme de cette première étape, 230 (17,8 %) n'ont pas entrepris une deuxième étape, bien qu'ils n'aient pas été guéris, et 108 (8,3 %) se sont engagés dans une deuxième action thérapeutique. Les deuxièmes étapes se caractérisent donc tout d'abord par leur rareté. Nous nous contenterons ici de décrire quelques caractéristiques de ces 108 deuxièmes étapes, en laissant pour la quatrième partie de la thèse l'analyse de l'enchaînement des premières et deuxièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique. Il s'agira alors d'étudier la valeur prédictive du premier recours et de son efficacité thérapeutique en termes de résultat (aucun effet, amélioration de l'état de santé et guérison complète) pour la deuxième étape.

Comme le montre le Tableau 114, la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique ne comprend jamais le recours à l'automédication¹. On aurait pu penser que, déçus, certains malades qui ont directement commencé leur itinéraire thérapeutique par un recours extérieur se soient ensuite tournés vers l'automédication. Il n'en est rien. Dès le moment où l'on va consulter un spécialiste, que ce soit directement ou après automédication, il n'y a quasi plus de retour à l'automédication dans les étapes ultérieures. Il s'agit là d'un des résultats importants de notre enquête.

¹ Rappelons que si plusieurs formes d'automédication se sont succédées, nous avons, un peu arbitrairement, considéré qu'elles appartiennent toutes à la même étape d'automédication. Par définition, il ne saurait donc y avoir deux étapes d'automédication consécutives.

Tableau 114 Types de recours utilisés comme deuxième action thérapeutique, par village (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Dr+infirm.+ sage-fem.		Guérisseur		Devin		Eglise		Infirmier itin.+privé		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	6	100	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6
Wokpa	11	100	0	0	0	0	0	0	0	0	11	10
Gbanlin	15	88	0	0	0	0	2	12	0	0	17	16
Djegbé	9	69	3	23	1	8	0	0	0	0	13	12
Attannondoho	7	88	1	13	0	0	0	0	0	0	8	7
Adougou	12	71	5	29	0	0	0	0	0	0	17	16
Gbaffo	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2	2
Attata	4	67	2	33	0	0	0	0	0	0	6	6
Gbédé	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2	2
Kilibo	4	80	1	20	0	0	0	0	0	0	5	5
Akpéro	10	77	2	15	0	0	0	0	1	8	13	12
Toui PK	2	67	1	33	0	0	0	0	0	0	3	3
Odo Akaba	3	60	2	40	0	0	0	0	0	0	5	5
Total	85	79	19	18	1	1	2	2	1	1	108	100

Les recours extérieurs utilisés dans la seconde étape de l'itinéraire thérapeutique sont sensiblement différents de ceux de la première. Si les médecins, infirmiers et sages-femmes des secteurs public et confessionnel continuent à recevoir la part du lion, ils sont toutefois en sensible régression (79 contre 88 %). De même, le recours aux secouristes et matrones disparaît avec la deuxième étape, alors qu'il constituait 4 % des recours extérieurs de la première étape. L'utilisation des infirmiers itinérants et privés est lui aussi en net recul (1 % contre 8 % pour la première étape). On constate donc une nette diminution du recours à la médecine moderne, quel que soit son niveau de qualification, entre la première et la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique (de 100 à 80 %, différence statistiquement très significative selon le test du χ^2). Ce recul s'effectue au profit des formes de médecine traditionnelle ou néotraditionnelle. Elle bénéficie particulièrement aux tradipraticiens (18 % des recours contre 0 % pour la première étape), alors que les devins et les églises thérapeutiques font une très timide apparition (respectivement 1 et 2 % des recours de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique). Ainsi, l'échec du premier recours thérapeutique extérieur conduit une partie des patients à se tourner vers d'autres types de recours extérieurs. Les stratégies thérapeutiques jouent donc sur la diversification des types de recours ou, comme nous le verrons bientôt, sur la diversification des recours à l'intérieur même de la médecine moderne formelle.

Aucun village ne se distingue significativement (selon le test du χ^2 , $p \leq 0,05$) de l'ensemble des autres par sa sur- ou sous-utilisation de l'un ou l'autre recours extérieur lors de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique.

Pour la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, la structure d'utilisation des différents services de santé formels est proche de celle de la première étape (cf. Tableau 115). La part du CSSP de Ouessè est cette fois légèrement supérieure à la précédente, celle de l'hôpital Saint-Martin un peu inférieure et celle des autres hôpitaux, localisés hors de la sous-préfecture,

nettement inférieure. Ce constat semble aller à l'encontre d'une de nos hypothèses qui veut que la multiplication des recours thérapeutiques se traduise par leur diversification et/ou leur niveau hiérarchique croissant, ce qui impliquerait souvent un déplacement plus important. En fait, la plupart des deuxième recours présentés dans le Tableau 115 font suite à l'automédication et non pas à un premier recours extérieur. Pour vérifier complètement notre hypothèse, il faudra examiner les rares cas (25) où la deuxième étape suit non pas l'automédication, mais un premier recours extérieur, ainsi que les très rares troisièmes étapes (cf. ci-après).

Tableau 115 Services de santé modernes formels utilisés comme deuxième action thérapeutique (source: enquête domiciliaire, 1995).

	CSSP Ouessè		CCS		Hôp. St-Martin		Autres hôp.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Premier recours	125	40	118	37	58	18	15	5	316	100
Deuxième recours	39	46	30	36	13	16	2	2	84	100

Nous avons vu que la proximité constitue le facteur prépondérant dans le choix d'un premier recours sans automédication préalable, ce qui se traduit par une distance moyenne parcourue de 6,1 kilomètres, simple course¹. Ce facteur vaut également pour le choix d'un recours extérieur s'inscrivant dans la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique. La distance moyenne parcourue pour un premier recours extérieur précédé d'automédication n'a en effet guère augmenté (7,3 kilomètres). Le recours à un spécialiste pour la deuxième étape constitue alors une alternative à l'automédication suffisamment importante pour qu'il ne soit pas nécessaire de rechercher d'emblée un service supérieur au niveau de base, sauf pour les malades d'Idadjo qui préfèrent aller au CSSP de Ouessè plutôt que dans leur CCS officiel. Par contre, la distance moyenne parcourue pour atteindre les deuxième recours extérieurs, c'est-à-dire pour la deuxième ou troisième étape de l'itinéraire thérapeutique selon qu'il y a eu ou non automédication initiale, bondit à 15,1 kilomètres. Cela résulte du principe de diversification: le service formel de base proche ayant été utilisé comme premier recours, un service formel d'un niveau plus élevé, mais aussi plus lointain, est utilisé comme deuxième recours. Une minorité lui préfère un guérisseur, presque toujours local, ce qui tempère l'augmentation moyenne de la distance pour les deuxième recours extérieurs.

Durée de la première étape de l'itinéraire thérapeutique lorsqu'elle est suivie d'une deuxième étape

Le temps imparti à un premier traitement, avant de passer à un autre recours thérapeutique, nous semble un bon indicateur à la fois de la compliance et du degré de confiance des malades envers le recours choisi. Varie-t-il selon le type de recours? Il s'agit notamment de vérifier si l'on "insiste" aussi longtemps avec l'automédication que lors d'un recours à un spécialiste, avant de tenter une autre voie. De plus, les agents de santé se plaignent fréquemment de visites trop tardives, augmentant d'autant la durée et la létalité des maladies. Ce grief, qui revient comme un leitmotiv, mérite d'être vérifié rigoureusement.

L'addition de la latence thérapeutique et de la durée de l'automédication fournit le nombre de jours écoulés entre le début des symptômes et le premier contact avec un spécialiste de la santé. Par comparaison avec la durée de la latence thérapeutique avant un recours extérieur direct, il est alors possible de savoir de combien de jours la pratique préalable de l'automédication retarde le premier contact avec un thérapeute. Les résultats ci-dessous (cf. Tableau 116) ont été calculés à partir des épisodes de maladie non chroniques finis. La prise en

¹ Rappelons que les quelques visites à des hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture n'ont pas été incluses dans ce calcul.

considération des épisodes en cours aurait faussé les résultats, chaque malade se trouvant, lors de l'enquête, à un moment particulier de son itinéraire thérapeutique. Avec cette restriction, le nombre de cas devient limité, ce qui ne nous permet pas une analyse détaillée des résultats par village.

Les malades dont l'itinéraire thérapeutique comporte au moins deux étapes ont commencé le deuxième recours 5 jours après le constat des premiers symptômes. Les malades sont passés plus rapidement à une deuxième étape lorsque la première consistait en de l'automédication (4,8 jours après le début de la maladie) qu'en un recours extérieur (5,9 jours). Cette différence provient dans une faible mesure du fait que la latence thérapeutique est un peu plus brève avant l'automédication qu'avant un recours extérieur. Elle découle surtout du fait que les malades accordent davantage de temps à un traitement effectué par un spécialiste qu'à l'automédication, avant de passer à une deuxième étape thérapeutique (respectivement 3,9 et 3 jours pour une moyenne de 3,2 jours). Ce décalage d'environ un jour peut sans doute s'interpréter comme la marque d'une plus grande confiance envers un spécialiste de la santé qu'envers l'automédication. Il confirme aussi que certains ménages utilisent surtout l'automédication "juste pour dépanner", avant de passer à autre chose, si l'effet n'est pas rapide. Le témoignage d'une vieille femme de Ouessè illustre bien cette double perception de l'automédication:

J'utilise encore la phytothérapie pour les parasitoses intestinales. Je ne vais pas à l'hôpital pour ce genre de problème. Mais les jeunes préfèrent l'hôpital. Si je n'arrive pas à guérir, les gens me disent d'aller à l'hôpital. Si ma petite-fille a une parasitose intestinale, j'essaie de la traiter. En cas d'échec, je la conduits à l'hôpital. Si ma petite-fille tombe malade la nuit, ma fille me laisse essayer de la traiter. S'il n'y a pas de résultat le matin, on l'amène à l'hôpital. si elle tombe malade pendant le jour, on va directement à l'hôpital. La phytothérapie familiale, c'est juste pour dépanner.

Dans certains ménages, cette fonction de "dépannage" est spécifiquement dévolue aux médicaments modernes, en n'attendant non pas un probable recours extérieur, mais une poursuite de l'automédication au moyen de remèdes traditionnels. C'est particulièrement le cas lorsque la maladie se déclare la nuit. Il est alors plus facile d'ingérer l'un ou l'autre comprimé de la petite réserve familiale, que de préparer une tisane, à supposer même que les herbes nécessaires soient disponibles à la maison.

Ainsi, c'est bien tardivement que les malades entrent en contact avec les agents de santé, du moins la minorité des malades qui parviennent à ce stade. En effet, nous savons déjà que les malades recourant directement à un spécialiste le contactent après une latence thérapeutique de 2,3 jours. Nous voyons maintenant que les malades utilisant les services d'un agent de santé après avoir tenté de se soigner dans un cadre familial enregistrent leur premier contact avec lui après 4,8 jours en moyenne.

Sans condamner l'automédication, des programmes d'éducation à la santé devraient progressivement tendre à ramener cette période à une durée plus raisonnable. De par sa simplicité de mise en oeuvre et son audience, la radio locale arrosant au moins toute la sous-préfecture de Ouessè constitue un outil privilégié pour diffuser de tels message. Lors des consultations, les agents de santé devraient expliquer de façon ciblée les avantages à ne pas trop tarder à consulter. Ils le font déjà parfois, mais sous une forme souvent inadéquate. Plusieurs personnes interviewées ont eu le sentiment de se faire "gronder" pendant la consultation, ce qui a été efficace dans quelques cas, mais qui rend d'autres malades d'autant plus réticents à consulter dorénavant qu'ils ont trop tardé.

Tableau 116 Nombre moyen de jours écoulés entre l'apparition des symptômes et le début de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique et durée moyenne en jours de la première étape pour les malades ayant effectué une deuxième étape, selon

les principaux types de recours extérieurs utilisés (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Si 1 ^{ère} étape = automédic.			Si 1 ^{ère} étape = rec. ext.			Ensemble		
	Début 2 ^e ét.	Durée 1 ^è ét.	N	Début 2 ^e ét.	Durée 1 ^è ét.	N	Début 2 ^e ét.	Durée 1 ^è ét.	N
Serv. santé formels	4.7	2.8	44	4.8	2.8	9	4.7	2.8	53
– dont H. St-Martin	6.0	4.7	6	6.3	3.6	3	6.1	4.3	9
– dont CSSP	5.1	3.2	20	3.6	2.0	5	4.8	3.0	25
– dont CCS	3.8	1.9	17	6.0	4.0	1	3.9	2.0	18
Guérisseurs	7.0	6.0	1	6.7	5.0	3	6.8	5.3	4
Ensemble	4.8	3.0	45	5.9	3.9	13	5.0	3.2	58

Attend-on plus ou moins longtemps avant d'amorcer une deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique selon le type du premier recours effectué et celui du deuxième? Bien que le nombre de cas (les épisodes de maladie achevés) soit parfois très faible, le Tableau 116 montre que c'est bien le cas. Ainsi, les malades ont attendu en moyenne 4,7 jours avant de commencer une deuxième étape auprès d'un service de santé public ou confessionnel, tous types de premières étapes confondus. Cette période s'élève par contre à 6,8 jours pour les rares épisodes achevés (4 cas) impliquant un tradipraticien comme deuxième recours. Même à l'intérieur du secteur formel de la santé les écarts sont considérables. Les malades attendent d'autant plus que le service de santé visité est élevé dans la hiérarchie sanitaire perçue, c'est-à-dire généralement plus éloigné: 6,1 jours pour l'hôpital confessionnel Saint-Martin, 4,8 jours pour le CSSP de Ouessè et seulement 3,9 jours en moyenne pour les CCS.

Cette gradation est surtout vraie lorsque la première étape consistait en l'automédication. Il s'agit là d'une nouvelle manifestation de l'effet de la distance sur l'utilisation des services de santé. Les malades qui ont choisi de consulter à un niveau local n'ont pas insisté longtemps avec l'automédication (1,9 jour). La proximité aide à franchir le pas rapidement. Avant une visite au CSSP de Ouessè, ceux qui ont pratiqué l'automédication s'y sont adonnés durant 3,2 jours. En moyenne plus éloigné des utilisateurs, l'hôpital Saint-Martin n'a été visité qu'après 4,7 jours d'automédication. Plus un service de santé est éloigné, plus on hésite à s'y rendre; mais plus on attend avant de consulter et plus la visite d'un service de rang élevé s'impose, car la longue résistance de la maladie à l'automédication la fait percevoir comme sérieuse.

Nombre de visites chez le deuxième recours extérieur

Que ce soit après un premier recours extérieur précédé d'automédication ou non, 32 patients ont effectué un deuxième recours extérieur auprès d'un spécialiste de la santé, le premier recours relevant toujours, rappelons-le, de la médecine moderne. Ces 32 deuxièmes recours ont occasionné un total de 61 visites, soit en moyenne 1,9 visite par patient (cf. Tableau 117). C'est à peine moins que pour l'ensemble des premiers recours extérieurs (2,1 fois). On aurait pu s'attendre à une tendance inverse, puisque les cas nécessitant un deuxième recours extérieur sont probablement plus graves que les autres. Mais d'un autre point de vue, la lassitude des malades et de leurs familles doit sérieusement commencer à se faire sentir au deuxième recours extérieur (deuxième ou troisième étape de l'itinéraire thérapeutique, selon que l'on ait commencé ou non par l'automédication). Cette moyenne de 1,9 visite par patient tombe à moins de 1,1 si l'on ne considère que les visites auprès d'un service de santé public de la sous-préfecture de Ouessè. Elle grimpe par contre à 2,4 visites par patient pour ceux qui ont consulté un guérisseur (12 cas). Le passage à une nouvelle forme de thérapie semble donc déclencher une

nouvelle dynamique de soins, pour laquelle les patients sont davantage prêts à multiplier les consultations.

Tableau 117 Nombre de malades (épisode achevé ou non) par village ayant effectué 1, 2, 3... visites chez le deuxième recours extérieur, après un premier recours extérieur précédé de l'automédication ou non, et nombre moyen de visites par recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	1 vis.		2 vis.		3 vis.		4 vis.		5 vis.		6 vis.		7 vis.		Total patients		Tot. vis.	Moy. vis.
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N pat.	%	N	N
Idadjo	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1.0
Wokpa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0.0
Gbanlin	9	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100	9	1.0
Djegbé	2	40	1	20	1	20	0	0	0	0	0	0	1	20	5	100	14	2.8
Attannondoho	3	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	3	1.0
Adougou	1	25	1	25	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100	9	2.3
Gbaffo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	2	100	11	5.5
Attata	0	0	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0	2	100	7	3.5
Gbédé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0.0
Kilibo	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100	2	1.0
Akpéro	2	67	1	33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100	4	1.3
Toui PK	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	1.0
Odo Akaba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0.0
Total	21	66	3	9	4	13	1	3	1	3	1	3	1	3	32	100	61	1.9

Il est toutefois à remarquer que tous ces chiffres concernent aussi bien les épisodes de maladie finis que non finis. Les premiers, 15 sur 32, n'ont débouché en moyenne que sur 1,5 visite, alors que les seconds, 17 sur 32, en ont occasionné 2,3. Cette différence résulte de la combinaison de phénomènes antagonistes. D'une part, les épisodes finis devraient enregistrer un nombre plus élevé de visites que les épisodes inachevés, puisque l'on pourrait supposer que ces derniers sont plus récents et que toutes les visites nécessaires n'ont pas encore eu lieu. D'autre part, on peut émettre l'hypothèse que si des épisodes ne sont pas terminés, ce n'est pas parce qu'ils ont débuté plus récemment que les autres, mais parce qu'ils sont plus rebelles qu'eux au traitement (maladies plus graves, maladies chroniques, erreur de diagnostic), et donc qu'ils requièrent davantage de visites. Au vu des résultats, on peut conclure que les deux cas de figure coexistent, mais que le deuxième est plus fréquent que le premier.

Les deux tiers des patients (épisode achevé ou non lors de l'enquête) se sont contentés d'une seule visite auprès de leur deuxième recours thérapeutique. Neuf pour cent en ont effectué deux, 12,5 % trois et autant plus de trois (jusqu'à sept). Ces valeurs étaient respectivement de 52, 21, 13 et 14 % pour le premier recours extérieur, pour une moyenne générale de 2,1 visites par patient. On constate donc un léger tassement du nombre de visites auprès du deuxième recours, par rapport au premier. Cette diminution globale se traduit essentiellement par la baisse du nombre de doubles visites au profit des visites uniques. La proportion des patients effectuant trois visites ou plus diminue par contre à peine.

Le nombre moyen de visites par patient fluctue beaucoup selon la provenance. Vue le faible nombre de cas, nous ne nous attarderons cependant pas sur ces variations. Bien que le

Tableau 117 inclue tous les types de recours thérapeutiques, il est intéressant de relever que les trois villages qui n'ont enregistré aucun deuxième recours extérieur ne disposent d'aucune ressource sanitaire moderne. Il faut y voir un indice du poids des services de santé modernes, surtout formels, et de leur disponibilité locale dans la décision de multiplier les étapes des itinéraires thérapeutiques.

Hospitalisation

On a enregistré seulement huit cas d'hospitalisation consécutifs à un deuxième recours extérieur dans un service de santé formel, dont cinq après un premier recours extérieur direct et trois après un premier recours extérieur précédé de l'automédication. Alors que 14 % des premiers recours extérieurs, directs ou après automédication, à un service de santé formel ont débouché sur une hospitalisation, ce taux passe à 32 % pour les deuxième recours extérieurs. Ainsi, plus un malade avance dans son itinéraire thérapeutique et plus la probabilité d'être hospitalisé tend à augmenter. La multiplication même des recours prouve qu'il s'agit de cas de maladie rebelles aux traitements, voire qui s'aggravent avec le temps. Paradoxalement, on relève cependant une durée moyenne d'hospitalisation nettement inférieure pour un deuxième recours extérieur que pour un premier (4,7 jours contre 8,7).

Signalons encore une hospitalisation de 4 jours chez un guérisseur du Mono – département du sud-ouest du Bénin – lors d'un deuxième recours extérieur. L'itinéraire thérapeutique de cette femme de 70 ans habitant Adougou est particulièrement complexe. Souffrant d'une toux accompagnée de fièvre jugée très grave, elle se tourne d'abord vers l'automédication qu'elle motive par un manque d'argent et par l'inefficacité des services de santé modernes pour un tel cas. Ce premier traitement ne lui procure qu'une amélioration de son état. Tout en poursuivant l'automédication, elle se rend alors dans un hôpital du Mono¹, où elle est hospitalisée durant 6 jours, pour un résultat mitigé. Elle se rend alors chez un guérisseur du Mono qui "l'hospitalise" à son tour, sans apporter un résultat décisif. Désormais, elle ne fera plus rien pour guérir complètement de cette maladie, jugeant trop éloignés les recours potentiellement efficaces. Cet itinéraire thérapeutique est atypique à plus d'un titre. Il constitue :

- le seul cas comportant une hospitalisation hors d'un service de santé formel;
- l'un des très rares cas (3) comportant deux hospitalisations;
- le seul cas où un malade quitte la sous-préfecture pour consulter un guérisseur;
- l'un des rares itinéraires comportant trois étapes.

Bien que ce type d'itinéraires thérapeutiques fassent la joie des anthropologues de la santé, qui affectionnent décrire et interpréter par le menu quelques cas particulièrement complexes, comportant si possible au moins un recours à un tradipraticien, à un devin ou à une église thérapeutique, ils ne sont de loin pas représentatifs de la majorité des itinéraires.

Continuation de l'automédication en plus du traitement prescrit

Les agents de santé modernes perçoivent l'automédication comme leur principal concurrent. Non seulement les malades s'y adonneraient trop longtemps au lieu de les consulter – lorsqu'ils le font! –, mais encore ils continueraient à la pratiquer en sus des traitements qu'ils leur prescrivent. Ces agents verraient souvent dans les affaires des malades hospitalisés des sachets ou flacons contenant des remèdes traditionnels. Ce traitement serait spontanément additionné à celui prescrit et acheté à l'hôpital. Certains agents de santé auraient même vu des

¹ Il eût été intéressant de lui demander qui a médiatisé un déplacement aussi lointain, cette femme n'étant pas originaire du Mono.

guérisseurs venir examiner des malades à l'hôpital et leur apporter des produits de la brousse. Bien que cela ne soit pas impossible, de tels cas doivent être rarissimes, au vu du très faible recours général aux tradipraticiens. Ces reproches plus ou moins ouverts des agents de santé ne manquent pas de piquant lorsque l'on sait qu'un des principaux griefs des agents de santé à l'encontre des malades, et des hospitalisés en particulier, est justement leur manque de compliance. Combien de fois n'avons-nous pas vu les infirmiers ou les docteurs compter les cachets restant dans les petits sachets, posés bien en évidence sur les tables de nuit, afin de vérifier si le patient a bien pris toute la dose prescrite! Il arrive également que les agents exigent qu'un médicament soit pris en leur présence.

Selon les agents de santé, cette pratique du double traitement simultané serait néfaste car les différents remèdes peuvent parfois interagir de façon incontrôlée, annulant l'effet des médicaments prescrits, voire provoquant des réactions graves ou même fatales. Ces mélanges contrarieraient aussi le travail des agents de santé, qui ne sauraient plus très bien à quels remèdes imputer l'évolution de la maladie. Le directeur européen de l'hôpital Saint-Martin ne pense pas autrement, lorsqu'il dit en substance aux patients qui clochent des deux pieds: choisissez le type de traitements que vous voulez, mais un seul à la fois. Au Cameroun, les thérapeutes, qu'ils soient modernes ou traditionnels, se plaignent aussi souvent du va-et-vient fréquent des patients entre les différents recours, parfois sans aller jusqu'au bout d'aucun traitement (HOURS, 1986). Ces arguments thérapeutiques ne sont pas dépourvus de fondements. Mais plus profondément, ce genre d'explications nous semblent masquer la difficulté qu'ont les agents de santé à accepter un système de soins concurrent au leur. Pratiquer conjointement les deux types de traitements est perçu par eux comme un manque de confiance de la part de patients, qui viennent leur confier leurs maux, sans s'abandonner complètement.

Qu'en est-il réellement? La proportion de traitements conjoints est-elle si élevée que l'affirment d'aucuns? Les malades pratiquant l'automédication tendent-ils au contraire à l'abandonner dès lors qu'ils consultent un spécialiste de la santé? Une question de l'enquête domiciliaire devait permettre d'y répondre. Malheureusement, elle a très souvent été omise par les enquêteurs. Ainsi, sur les 83 personnes ayant recouru à un spécialiste après une première étape d'automédication, 48 ont échappé à cette question, pas assez mise en évidence dans le questionnaire. Des 35 réponses, il ressort que 13 malades (37 %) ont poursuivi l'automédication après un recours extérieur, dont 4 durant une hospitalisation (sur 6 cas documentés!). La persistance de l'automédication pendant un traitement prescrit par un spécialiste, presque toujours de la médecine moderne, est donc un fait bien avéré, mais qu'il ne faut pourtant pas présenter comme la règle, puisqu'il ne concerne qu'un tiers des cas environ.

Il est encore à relever que l'automédication recourt alors presque exclusivement à des remèdes traditionnels, tandis que d'une façon générale les médicaments modernes sont prépondérants dans l'automédication. Les malades reconnaissent donc aux agents de santé une maîtrise supérieure des comprimés et leur abandonne ce champ thérapeutique... qu'ils complètent par des traitements relevant de la médecine traditionnelle populaire. Il ne s'agit donc pas pour eux de pratiquer des soins redondants, mais bien de conjuguer deux thérapies distinctes pour augmenter l'efficacité globale du traitement.

Troisième étape de l'itinéraire thérapeutique

Très rares sont les itinéraires thérapeutiques qui ont engendré trois étapes. Nous n'en n'avons recensé que 12 pour 1'334 cas de maladie, soit 0,9 %. La période de remémoration assez brève (un mois) explique partiellement cette limitation du nombre d'étapes, près d'un quart des épisodes n'étant pas achevés lors du passage des enquêteurs. Sept de ces troisièmes étapes constituent un deuxième recours extérieur, après une phase d'automédication et un

premier recours extérieur. Quatre troisièmes étapes interviennent après deux recours extérieurs successifs, sans automédication préalable. Le dernier cas consiste en de l'automédication traditionnelle après deux recours extérieurs successifs, sans automédication préalable.

Il s'agit d'un des trois cas d'itinéraires thérapeutiques s'achevant par un recours à l'automédication, si l'on excepte bien sûr les nombreux cas ne consistant qu'en de l'automédication. Les deux autres cas impliquent des patients qui sont directement allés chez un infirmier du secteur public, puis faute de guérison, se sont adonnés à l'automédication. Bien que le nombre de cas soit extrêmement limité, il est intéressant de relever que les trois cas se terminant par de l'automédication ont tous directement commencé leur itinéraire par le recours à un spécialiste de la médecine moderne et que les remèdes utilisés pour l'automédication sont traditionnels. Il n'y a donc pas d'itinéraire thérapeutique commençant et s'achevant par de l'automédication, après un détour chez un spécialiste de la santé. Ces trois cas illustrent ce que nous pourrions appeler la "loi" de la diversification maximale, qui veut qu'en cas de nouveau recours suite à l'échec ou au semi-échec d'un traitement, le malade se tourne vers un recours thérapeutique aussi différent que possible du précédent. Il s'agit donc de maximiser ses chances de guérison en balayant autant que faire se peut tout l'éventail des moyens thérapeutiques disponibles.

Les types de recours mis en oeuvre dans ces troisièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique des douze patients concernés sont les suivants:

- sept recours auprès du secteur moderne public ou confessionnel, d'un niveau généralement égal ou supérieur à celui d'un CSSP, dont un cas à l'extérieur de la sous-préfecture de Ouessè (CSSP de Glazoué);
- quatre recours auprès de guérisseurs traditionnels, dont un à l'extérieur de la sous-préfecture;
- un recours à l'automédication.

Ces troisièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique interviennent en moyenne deux semaines après le début de la maladie ou une semaine après le début de la deuxième étape. Cinq des sept recours aux services de santé formels ont débouché sur une assez brève hospitalisation (3,4 jours en moyenne). Cette proportion élevée prouve bien que ces cas de maladie qui "traînent" sont sérieux et qu'une troisième étape thérapeutique était loin d'être superflue.

Synthèse des itinéraires thérapeutiques

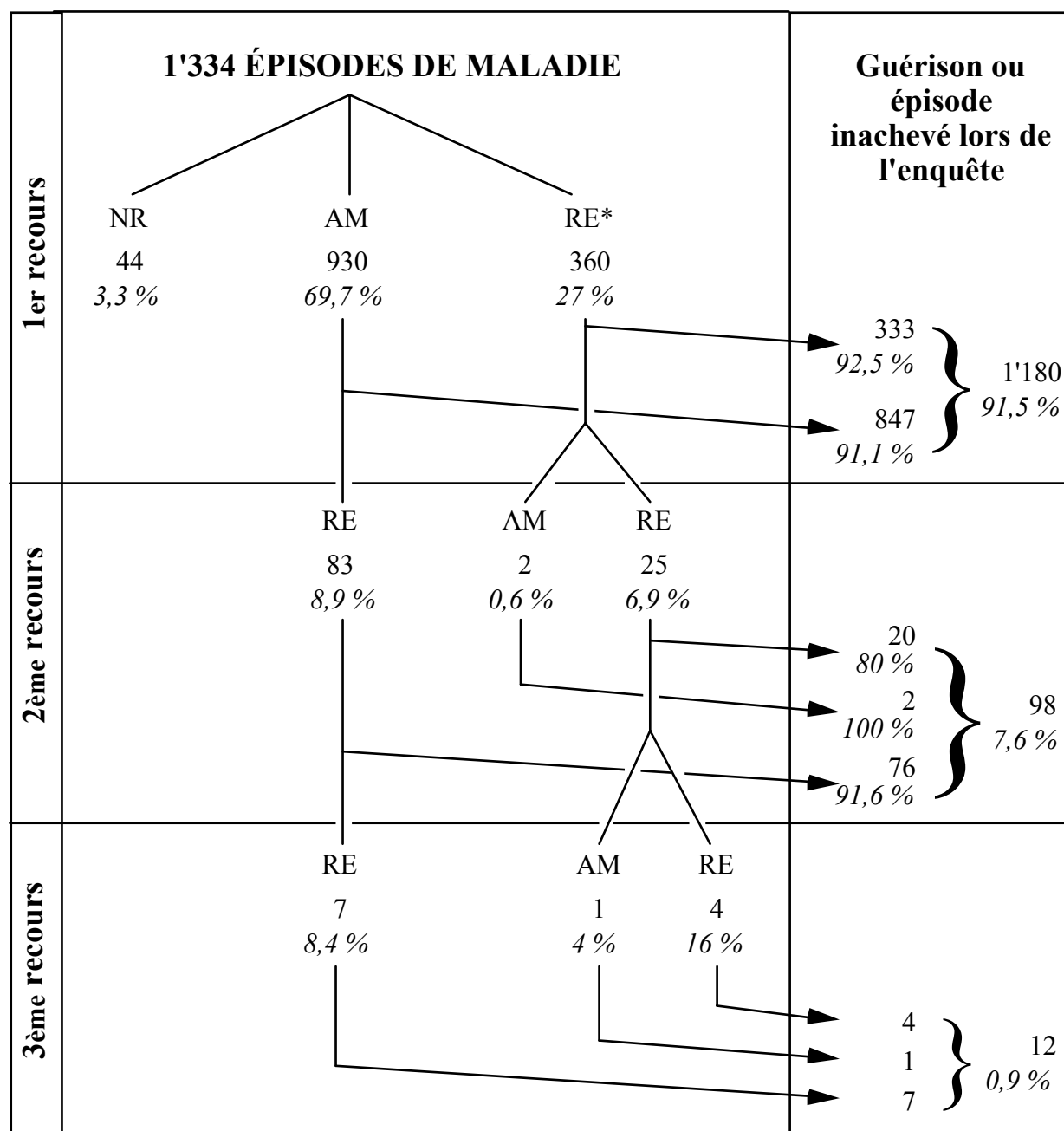
A travers trois figures (cf. Figure 120, Figure 121, et Figure 122) nous pouvons maintenant proposer une vision synthétique des différents recours correspondant aux 1'334 cas de maladie recensés au moyen du questionnaire. Le mode de présentation des itinéraires reprend celui, très visuel, proposé par COPPO, PISANI et WALET (1990). Une première figure (cf. Figure 120) permet de distinguer, les différentes étapes de l'itinéraire thérapeutique par grand type de recours: non recours, automédication et recours extérieur. Une deuxième figure (cf. Figure 121) reprend tous les itinéraires thérapeutiques qui ont commencé par un recours à l'automédication et distingue le type de remèdes utilisés puis le type de recours lors des éventuelles étapes subséquentes. Finalement, la troisième figure (cf. Figure 122) synthétise l'ensemble des itinéraires thérapeutiques dont la première action consistait en un recours extérieur, auprès d'un spécialiste de la santé. Pour chacune des étapes, le type de recours extérieurs est détaillé. En Annexe 27 se trouve une version plus détaillée de l'ensemble des itinéraires thérapeutiques, insistant davantage sur l'effet du traitement et sur les intentions thérapeutiques des malades non encore guéris au moment de l'enquête.

Les résultats contenus dans ces trois figures seront aussi comparés avec ceux obtenus par COPPO, PISANI et WALET (1990) dans la petite ville de Bandiagara et dans cinq villages situés entre 5 et 99 kilomètres de cette dernière, au Mali. Les enquêtes de Bouloudani (1996) sur les itinéraires thérapeutiques d'un échantillon d'habitants de Gbégamey, à Cotonou (ci-après Gbégamey), et de Gomes do Espirito Santo, Floury et Cissé (1998) pour l'ensemble de l'agglomération de Cotonou (ci-après Cotonou) fournissent également des points de comparaison précieux. Par rapport au cas malien, nous sommes là dans un contexte culturel beaucoup plus proche du nôtre. Par contre, l'offre de soins de santé et son accessibilité rapprochent sans doute plus la sous-préfecture de Ouessè du cercle de Bandiagara que de la métropole béninoise (environ 700'000 habitants). Si les itinéraires que nous avons relevés n'impliquent que certaines catégories de maladie prédéfinies écartant a priori la plupart des affections les plus bénignes, tous les types de maladies ont été retenus dans les trois autres enquêtes. Plus ponctuellement, nous comparerons aussi nos résultats à d'autres données, provenant d'enquêtes qui n'ont pas détaillé les différentes étapes des itinéraires thérapeutiques.

Commençons la comparaison par une vision globale du nombre d'étapes des itinéraires thérapeutiques et des grands types de recours retenus. La proportion de non recours est presque la même en milieu rural (3,3 % des 1'334 épisodes de maladie étudiés) et urbain au Bénin (2,9 % des 441 épisodes à Gbégamey¹ et 1,5 % des 2'830 épisodes à Cotonou). Une autre étude, réalisée dans 15 villages et quartiers urbains de la sous-préfecture de Ouidah au Bénin, confirme la part marginale de l'inaction thérapeutique: seuls 1,5 % des malades y sont restés sans traitements (KIFOULY, 1993). Elle est également très faible (3,4 %) dans le Sri Lanka rural (AKIN et HUTCHINSON, 1999). Par contre, elle est considérablement plus élevée dans le cercle de Bandiagara (16,7 % des 335 épisodes). Dans une région rurale du Kenya, l'inaction thérapeutique concernait 6,1 % des cas de maladie (MWABU, 1986).

Bien que la plupart des études sur le recours aux soins en Afrique subsaharienne insistent sur le pluralisme médical, l'enquête malienne et les trois enquêtes béninoises montrent que globalement la plupart des cas de maladie ne débouchent que sur une seule action thérapeutique. Le traitement s'arrête ensuite avec la guérison, parfois après seulement une amélioration, beaucoup plus rarement à cause du décès du malade. En effet, dans le cercle de Bandiagara 72,8 % des personnes qui ont commencé un itinéraire thérapeutique se sont contentées d'un seul recours. Cette proportion est un peu plus élevée à Gbégamey (77,1 %) et plus encore pour l'ensemble de l'agglomération cotonnoise (90,4 %), valeur proche de celle observée dans la sous-préfecture de Ouessè (91,5 %). Cette différence considérable s'explique peut-être par une méthode différente. Nous ne nous sommes intéressé qu'à certaines maladies qui ont frappé les ménages durant les 30 jours précédant notre passage. Certains épisodes de maladie sont donc inachevés, tout comme une partie des itinéraires thérapeutiques correspondants. Les trois autres études ne précisent pas si elles ont retenu tous les épisodes ou seulement les épisodes achevés au moment de l'enquête. Par ailleurs, l'enquête malienne prend en compte des maladies survenues durant les six derniers mois, ce qui augmente la proportion des épisodes achevés et donc aussi la multiplication des recours. L'enquête couvrant Gbégamey s'intéresse au dernier cas de maladie des enfants, puis des adultes, survenu dans chaque ménage, indépendamment de la date de survenue. L'enquête cotonnoise s'intéresse aux épisodes survenus durant les 30 jours précédant l'entretien (incidence sur un mois), alors que la nôtre prenait en compte les maladies dont les personnes interrogées et leur ménage avaient souffert durant les 30 jours écoulés (prévalence sur un mois).

¹ Mais la presque totalité de ces malades sont, selon la figure de Bouloudani, impliqués dans un deuxième recours, sans qu'il soit indiqué pourquoi ce deuxième recours n'est pas considéré comme premier recours. Ces 2,9 % semblent donc plus renvoyer à une longue latence thérapeutique qu'à une absence totale de soins.



Légende: NR = non recours, AM = automédication, RE = recours extérieur auprès d'un spécialiste de la santé.
 * = y compris 3 cas commençant simultanément par l'automédication et un recours extérieur.

Figure 120 Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus pour les 1'334 cas de maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

Pour les deuxièmes recours, la situation globale est encore une fois similaire dans le cercle de Bandiagara et à Gbégamey: 22,2 % des itinéraires thérapeutiques (non-recours exclus) s'achèvent avec le deuxième recours dans le premier cas, 20,7 % dans le second. Cette proportion n'est que de 9,4 % à Cotonou et de 7,6 % dans la sous-préfecture de Ouessè. Seuls 5 % des malades engagés dans un itinéraire thérapeutique ont effectué un troisième recours dans le cercle de Bandiagara, contre respectivement 2,3 0,2 et 0,9 % à Gbégamey, Cotonou et dans la sous-préfecture de Ouessè. Dans les quatre cas, le nombre maximal de recours enregistrés est de trois, ou très peu s'en faut. Dans la sous-préfecture de Ouessè, les itinéraires thérapeutiques ne

sont donc pas plus brefs qu'à Cotonou, où l'accessibilité et la diversité des services de santé sont pourtant supérieures.

Si l'en compare le type de premiers recours entre les quatre populations, en nous contentant à ce stade de distinguer l'automédication de tout autre recours extérieur, on constate que celle-ci est partout de loin le type de recours le plus fréquemment utilisé. Si l'on ne relève pratiquement pas de différence à cet égard entre la sous-préfecture de Ouessè et Gbégaméy – respectivement 69,7 et 67,6 % des cas de maladie y débouchent en premier lieu sur l'automédication –, le poids des traitements familiaux est plus faible à Cotonou (58,5 %) et surtout dans le cercle de Bandiagara (50,8 %). De tous les cas de maladie, seuls 27 % dans la sous-préfecture de Ouessè, 29,5 % à Gbégaméy, 32,5 % dans le cercle de Bandiagara et 41,5 % à Cotonou débouchent sur un recours extérieur lors de la première étape de l'itinéraire thérapeutique. Cette proportion est de 61,7 % dans une région rurale du Kenya (MWABU, 1986) et de 77,5 % dans une région rurale du Sri Lanka (AKIN et HUTCHINSON, 1999).

Il est frappant de constater qu'au Bénin l'automédication est à peine moins souvent utilisée dans une grande ville, comme Cotonou¹, qu'en milieu rural, comme la sous-préfecture de Ouessè. Le poids de l'accessibilité, comme déterminant de l'utilisation des services de santé, ne serait-il pas aussi important que nous l'avons démontré tout au long de cette troisième partie? Il ne faut cependant pas se contenter de la seule première étape de l'itinéraire thérapeutique pour répondre à cette question. La proportion des cas qui ont débouché sur au moins un recours extérieur, quelle que soit l'étape de l'itinéraire dans laquelle il s'insère, est de 33,2 % dans la sous-préfecture de Ouessè, de 45,6 % dans le cercle de Bandiagara, de 48,9 % à Gbégaméy et à 50,5 % Cotonou. Ces résultats paraissent plus conformes à l'accessibilité relative des services de santé dans ces trois régions. Ils suggèrent également que le niveau d'accessibilité aux ressources sanitaires influence plus les choix thérapeutiques subséquents que le premier choix: l'automédication est partout privilégiée dans une premier temps, puis, en cas d'échec, le passage à un recours extérieur est d'autant plus fréquent que son accessibilité est bonne. Le fait d'habiter en ville débouche sur une proportion plus élevée de recours extérieurs, comme le montre la comparaison de Ouessè et de Cotonou, où les consultations restent cependant peu fréquentes comparées à ce qui a été observé dans des quartiers pourtant souvent périphériques, peu accessibles et mal dotés en dispensaires de Pikine. Dans cette ville de la taille de Cotonou, 77 % des derniers épisodes de maladie des enfants et 78 % de ceux des mères ont débouché sur une consultation (FASSIN, 1992).

A l'évidence, d'autres facteurs que l'accessibilité interviennent aussi dans ces choix, comme le prouve le fait que certains villages de la sous-préfecture de Ouessè, tous dotés de services de santé modernes il est vrai, enregistrent une proportion de recours extérieurs bien supérieure à celle relevée dans le quartier de Gbégaméy à Cotonou, plutôt bien pourvu en ressources sanitaires diverses. A l'inverse, certains villages n'enregistrent qu'une très faible proportion de recours extérieurs. Il en va probablement de même dans le cercle de Bandiagara, où le comportement de recherche de soins des habitants de la capitale du cercle est sans doute très différent de celui de trois villages de l'échantillon, situés à environ 30 kilomètres du service de santé moderne le plus proche. Il serait fort intéressant d'étudier la diversité spatiale – et sociale! – de ces comportements à l'échelle de Cotonou. Bien qu'en moyenne le recours à l'automédication y soit aussi important qu'en zone rurale, on peut supposer que les variations d'un quartier ou sous-quartier à l'autre y soient plus limitées qu'à la campagne, notamment du fait d'une accessibilité plus homogène aux services de santé. Des surprises ne sont toutefois pas à exclure.

¹ Une enquête auprès de 275 ménages de Cotonou indique que dans 73,5 % d'entre eux l'automédication constitue la première réaction face à un problème de santé (AKANGAH, 1986). Cette proportion est proche de celle observée quelques années plus tard par Bouloudani, en réponse à des cas concrets de maladie.

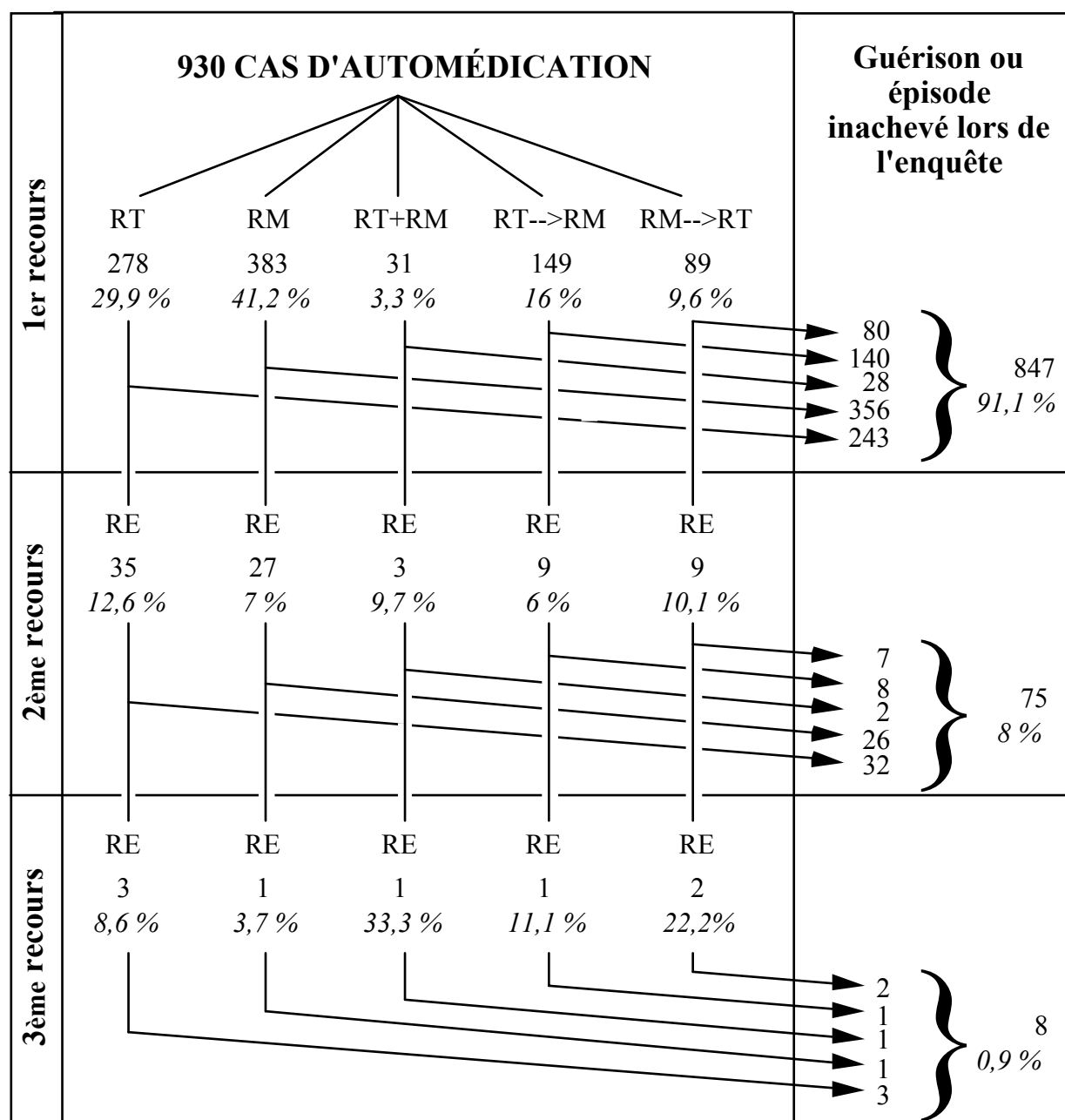
Nous avons déjà relevé la très faible proportion des malades de la sous-préfecture de Ouessè qui effectuent un deuxième recours. Cela est vrai aussi bien pour ceux qui ont commencé par l'automédication que par un recours extérieur. En effet, seuls 8,9 % des premiers et 6,9 % des seconds passent à un deuxième recours extérieur, l'automédication étant négligeable comme deuxième recours (0,6 %). Cela est également le cas pour les malades du quartier de Gbégamey à Cotonou, qui ont directement commencé leur itinéraire thérapeutique par un recours extérieur. Seuls 5,4 % d'entre eux ont effectué un deuxième recours extérieur. Par contre, 27,5 % de ceux qui ont commencé par l'automédication sont ensuite passé à un recours extérieur. C'est sans aucun doute là que réside pour les itinéraires thérapeutiques la principale différence entre les habitants de Gbégamey et ceux de la sous-préfecture de Ouessè. Dans le cercle de Bandiagara, la proportion des malades qui effectuent un deuxième recours extérieur est bien supérieure à celle des deux exemples béninois (17,4 %), alors que le passage de l'automédication vers un premier recours extérieur se fait dans les mêmes proportions qu'à Cotonou (26,5 %). Ces données ne sont pas disponibles pour l'enquête couvrant l'agglomération cotonnoise.

Pour la troisième étape de l'itinéraire, la situation est partiellement semblable dans la sous-préfecture de Ouessè et à Gbégamey. Respectivement 8,4 et 6,1 % des malades qui ont effectué un premier recours extérieur après automédication ont encore connu un deuxième recours extérieur (13,3 % dans le cercle de Bandiagara). Par contre, alors qu'à Gbégamey on n'enregistre aucun troisième recours extérieur après deux recours extérieurs sans automédication préalable, 20 % des deuxièmes recours extérieurs se poursuivent par un troisième recours, généralement extérieur, dans la sous-préfecture de Ouessè. Cette proportion grimpe même à 42,1 % dans le cercle de Bandiagara. Globalement, c'est dans cette dernière région que les recours multiples sont proportionnellement les plus nombreux, mais aussi, paradoxalement les non-recours. Sans doute faut-il y voir une des conséquences de l'hétérogénéité de l'échantillon, qui inclut aussi bien le chef-lieu du cercle que des villages très reculés et dépourvus d'infrastructures sanitaires.

La nature des remèdes utilisés pour l'automédication est-elle semblable dans les trois études de cas? L'enquête dans le quartier de Gbégamey et celle pour l'ensemble de Cotonou ne précisent malheureusement pas le type de remèdes utilisés. Une autre enquête menée à Cotonou fournit cette indication (AKANGAH, 1986). Mais il s'agit alors de déclarations de 275 ménages sur ce qu'ils font habituellement en cas de maladie, plutôt que d'informations sur des cas réels de maladie. Nous avons déjà relevé que l'automédication dans la sous-préfecture de Ouessè se caractérise par la prééminence du recours aux médicaments modernes utilisés seuls (41,2 % des 930 cas d'automédication comme premier recours thérapeutique) et par la combinaison de remèdes modernes et traditionnels, utilisés simultanément ou plus souvent encore successivement (28,9 %) au total. Le recours exclusif aux remèdes traditionnels reste cependant important (29,9 %)¹. La tendance est la même dans la métropole béninoise, mais beaucoup plus accentuée: les médicaments modernes seuls y représenteraient 66,5 % des traitements, les mélanges 26,9 % et les remèdes traditionnels seuls 6,6 % (AKANGAH, 1986). La situation dans le cercle de Bandiagara est l'inverse de celle de Cotonou. L'automédication traditionnelle y est encore massivement utilisée (70 % des 170 cas d'automédication comme premier recours), alors que l'automédication avec des médicaments modernes vient loin derrière (24,7 %). De plus, la combinaison des deux types de remèdes y est exceptionnelle. Ne connaissant pas le Mali, de telles différences restent pour nous inexplicables. Il est probable que l'accès (disponibilité, accessibilité et capacité financière de la population) aux médicaments modernes y soit nettement plus limité qu'au Bénin. Nous n'irons pas plus avant dans la comparaison, entre les deux régions, des itinéraires thérapeutiques commençant par l'automédication. Nous ne connaissons

¹ Dans la sous-préfecture de Ouidah, près de Cotonou, seuls 14,4 % des cas d'automédication n'incluent pas du tout de médicaments modernes (KIFOUPLY, 1993).

en effet pas suffisamment l'offre en soins de santé dans le cercle de Bandiagara pour qu'un tel exercice ait un sens. De plus, dès la deuxième étape des itinéraires thérapeutiques, la diversité des recours augmente et le nombre de cas concernés à chaque fois devient d'autant plus faible que la plupart des malades ne vont pas au-delà de l'automédication.



Légende:

RT = remèdes traditionnels, RM = remèdes modernes, RT+RM = remèdes traditionnels et modernes simultanément, RT-->RM = remèdes traditionnels puis, au moins un jour après, remèdes modernes en plus ou à la place des remèdes traditionnels, RM-->RT = remèdes modernes puis, au moins un jour après, remèdes traditionnels en plus ou à la place des remèdes modernes.

SM = hôpital Saint-Martin de Papané, CSSP = centre de santé de sous-préfecture de Ouessè, CCS = centre communal de santé, AH = autre hôpital, IP = infirmier privé, G = guérisseur, D = devin.

Figure 121

Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus, pour les 930 cas dont la première étape consiste en l'automédication (source: enquête domiciliaire, 1995).

Pour les seuls itinéraires thérapeutiques de la sous-préfecture de Ouessè qui ont débuté par un recours extérieur, on observe que, tout comme à Gbégamey et à Cotonou, la population se détourne des spécialistes de la médecine traditionnelle (respectivement 0,3 % des 360 cas, 0,8 % des 130 cas et 1 % des 1 115 cas). Le recours aux différents types de tradipraticiens est par contre beaucoup plus fréquent dans le cercle de Bandiagara (31,2 %). Deux enquêtes menées en 1989 et en 1991 dans l'ensemble du Bénin indiquent que moins de 10 % des malades ont recouru à un guérisseur, sans qu'il soit précisé si cette indication vaut pour la première action thérapeutique ou pour l'ensemble de l'épisode (SOUCAT, GANDAHO, LEVY-BRUHL [*et al.*], 1997). Au Kenya, 6 % des malades ont directement recouru à un guérisseur (MWABU, 1986).

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le recours aux tradipraticiens devient cependant plus fréquent pour les étapes ultérieures des itinéraires thérapeutiques, en particulier lorsque la maladie tend à se chroniciser. Il en va de même à Cotonou, où les guérisseurs constituent 9,1 % des thérapeutes utilisés lors de la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique. Cela confirme le constat général de Kroeger (1983) pour les pays en développement: les maladies chroniques sont plutôt traitées avec des méthodes traditionnelles, y compris en automédication, comme nous l'avons aussi relevé, alors que les maladies aiguës, impliquant tout particulièrement les enfants, débouchent plus volontiers sur la consultation de services de santé modernes. Houssou (1985) avait déjà observé à Cotonou l'augmentation de la probabilité de consulter un guérisseur avec l'augmentation de la durée de l'épisode. De même, Hours (1986) affirme qu'à Douala le premier recours extérieur est généralement de type moderne et que le malade passe ensuite à un guérisseur en cas d'échec. Suite à une mission rapide au Bénin, Benoist et Hutin (1988) affirment au contraire que les guérisseurs sont plutôt utilisés en début de maladie et que les agents de santé modernes sont ensuite recherchés si la maladie s'aggrave ou devient chronique.

Parmi les premiers recours extérieurs directs, les quatre études ne signalent aucun recours aux églises thérapeutiques. Mais il est probable que l'enquête à Cotonou et à Bandiagara n'aient pas retenu ces églises comme des services de santé.

Pour les quatre études, les services de santé modernes occupent donc une place nettement prépondérante au sein des premiers recours extérieurs directs. Les différents services de cette catégorie sont cependant diversement représentés dans les recours utilisés, ce qui traduit largement une offre différente à Ouessè, Bandiagara et Cotonou. Dans la sous-préfecture de Ouessè, le secteur public a accueilli près de 70 % des premiers recours extérieurs (environ 73 % si l'on inclut les UVS), le secteur confessionnel, surtout l'hôpital Saint-Martin de Papané, environ 19 % et le secteur privé 8 %. A Gbégamey, quartier de Cotonou, le secteur public n'a attiré que 19 % des premiers recours. La part du lion y revient au secteur privé (40 %), suivi par le secteur confessionnel (26 %). Notons encore la présence non négligeables des services de santé relevant d'ONG et d'entreprises (8 % chacun). Pour l'ensemble de l'agglomération, le secteur privé (soit ici tout service moderne non public) a attiré plus de 54 % des premiers recours extérieurs directs et le secteur public près de 45 % (34 % pour les centres de santé et 11 % pour l'hôpital). Pour les recours extérieurs à Cotonou s'inscrivant dans la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, la proportion des centres de santé et des guérisseurs augmente, celle du secteur privé et confessionnel diminue fortement et celle de l'hôpital se maintient. A Bandiagara, seul le secteur moderne public ou communautaire semble dispenser des soins modernes. Il a attiré près de 60 % des premiers recours extérieurs. Plus de 9 % des premiers recours extérieurs ont utilisé des ressources non-professionnelles, dont les moyens thérapeutiques ne sont pas précisés: amis, enseignants, missions... Dans la mesure où il s'agit là de conseils voire de soins de profanes, nous avons considéré de tels recours comme de l'automédication. Ce simple exemple, que l'on pourrait multiplier, montre bien que la définition de l'automédication est plurielle, ce qui limite la pertinence des comparaisons entre les études sur les itinéraires thérapeutiques. Dans une région du Kenya rural, 31,5 % des malades sont

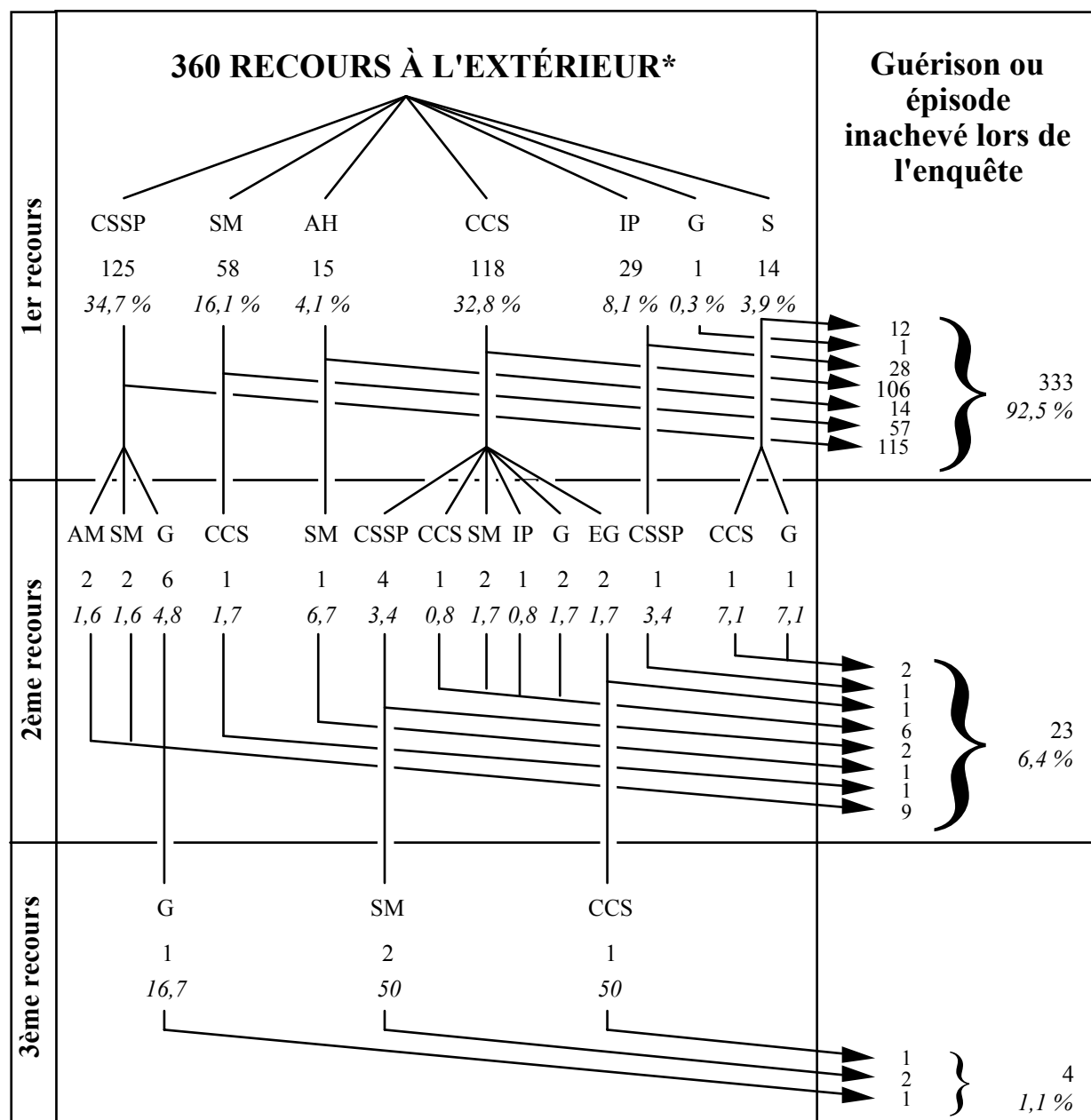
directement allés dans un service de santé public, dont presque 3 % dans un hôpital, près de 20 % dans une clinique confessionnelle et presque 4 % dans une clinique privée. Avec les deuxièmes, troisièmes et quatrièmes étapes de l'itinéraire thérapeutique, la part du secteur public régresse constamment au profit surtout du secteur confessionnel (MWABU, 1986).

Sur les 1'012 épisodes achevés relevés dans la sous-préfecture de Ouessè, 337 (33,3 %) ont débouché sur un recours extérieur à un moment ou l'autre de l'itinéraire thérapeutique, dont 303 (29,9 % du total) à un agent de santé formel (secteur public et confessionnel en l'occurrence). La proportion est identique si l'on tient compte du petit quart d'épisodes inachevés, pour partie susceptibles de déboucher sur des recours supplémentaires (443 recours pour 1'334 épisodes, soit 33,2 %). Une enquête menée en 1991 dans les six communes "sentinelles" du Bénin fournit une valeur comparable: 29,9 % des malades recensés ont été traités par des agents de santé (ALIHONOU, 1991). Mais nous ignorons si les épisodes étaient achevés ou non et quelle était la définition précise d'"agents de santé". Selon cette étude, les raisons invoquées pour expliquer la non utilisation des services de santé sont principalement l'inaccessibilité financière, suivie loin derrière par l'inefficacité des soins et le caractère "non médical" de la maladie, puis par l'inaccessibilité géographique. Le niveau économique des ménages n'influait guère la fréquence de ces motifs. Par ailleurs, cette enquête débouchait sur un taux d'inaction thérapeutique très proche du notre (4,2 %). Par contre, les recours à un guérisseurs y sont bien plus fréquents que dans la sous-préfecture de Ouessè (4,7 % de tous les malades qui se sont soignés). Une autre enquête béninoise réalisée à la même époque fournit également des données similaires sur la faiblesse du recours extérieur en cas de maladie: 31 % des personnes ayant présenté un épisode aigu de maladie dans les deux semaines précédant l'enquête s'étaient fait soigner dans un centre de santé (public, ou pour le moins formel; UNICEF, 1991).

En définitive, la structure des itinéraires thérapeutiques dans la sous-préfecture de Ouessè présente à la fois des divergences et des similitudes avec celles relevées à Gbégamey, à Cotonou et dans le cercle de Bandiagara. L'automédication y est plus fréquente comme premier recours dans la sous-préfecture de Ouessè et elle est nettement plus rarement suivie d'un recours extérieur. Au total, la proportion de recours extérieurs, quelle que soit l'étape dans laquelle ils s'inscrivent, est donc bien inférieure dans la sous-préfecture de Ouessè que dans les trois autres cas. Par contre, la proportion d'absence de recours, le type de remèdes utilisés lors de l'automédication et la faiblesse du recours aux tradipraticiens rapprochent fortement la sous-préfecture de Ouessè de Gbégamey. Les quatre études partagent en commun un nombre maximal d'étapes thérapeutiques égal, la pluralité des recours thérapeutiques et la quasi absence de passage d'un recours extérieur vers l'automédication. Bien que massive, celle-ci ne peut donc s'inscrire qu'en début d'itinéraire thérapeutique, contrairement à ce qui a été relevé pour les sous-préfectures de Banté et de Tori Bossito, où l'automédication serait à la fois le point de départ du traitement et le point de retour, si la consultation d'un infirmier s'est révélée insatisfaisante (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988).

D'autres études fournissent la nature des recours en cas de maladie. La plupart d'entre elles n'offrent malheureusement pas une approche dynamique de la quête de soins. Autrement dit, elles n'envisagent pas le comportement face à la maladie sous l'angle des itinéraires thérapeutiques. Ces études indiquent simplement la structure des recours utilisés, sans préciser leur enchaînement, sans parler de leur fréquence et de leur durée. Ainsi, une enquête menée dans la sous-préfecture semi-urbaine de Ouidah, dans le Bénin méridional, nous apprend que 20 % des malades sont allés dans un service de santé public, 18 % dans un cabinet ou une clinique, plus de 4 % dans une UVS et moins de 2 % chez un guérisseur (KIFOULY, 1993). De plus, 11 % des malades ont été soignés à domicile par des spécialistes de la santé. Seule 40 % de la population aurait pratiqué l'automédication, au sens où nous l'entendons. Cette valeur est faible,

comparée à la part de l'automédication dans les premiers recours à Cotonou et à Ouessè. Mais ces données sont difficiles à interpréter. S'agit-il des seuls premiers recours? S'agit-il de l'ensemble des recours? Si le malade a effectué plusieurs recours, qu'a-t-il répondu et qu'a-t-on enregistré? Il semble probable que ces 40 % correspondent aux seuls malades qui ont été exclusivement traités par automédication.



Légende:

* y compris 3 cas commençant simultanément par l'automédication et un recours extérieur.
 SM = hôpital Saint-Martin de Papané, CSSP = centre de santé de sous-préfecture de Ouessè, CCS = centre communal de santé, AH = autre hôpital, IP = infirmier privé, G = guérisseur, S = secouriste, D = devin, EG = église thérapeutique, AM = automédication.

Figure 122

Schéma synthétique des itinéraires thérapeutiques parcourus, pour les 360 cas dont la première étape est un recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

A de rares exceptions près, dont les adeptes des églises synchrétiques qui fuient tout ce qui ressemble à de la médecine traditionnelle, les diverses options thérapeutiques sont considérées

comme complémentaires par la population. A la recherche de la meilleure efficacité, le malade chemine de l'une à l'autre, généralement sans revenir sur ses pas, ni répéter deux recours équivalents. Egalement relevée ailleurs en Afrique occidentale (LASKER, 1981; FAINZANG, 1985; LUXUREAU, 1989; FASSIN, 1992), cette attitude éclectique et pragmatique envers divers registres pas du tout perçus comme contradictoires¹, sans a priori contre la biomédecine, ne signifie pas pour autant que le choix d'un recours soit aléatoire. Il existe clairement des tendances générales, que nous avons décrites. Elles résultent de l'addition de choix particuliers (mais rarement individuels, sans "les conduites de soins (...) sont enchâssées dans le social" (BENOIST, 1997) déterminés par la nature et la gravité des besoins, par les circonstances, les échecs antérieurs, les caractéristiques du ménage et de l'offre de soins. Parmi ces dernières, la proximité, l'efficacité thérapeutique et le coût sont prépondérants.

Intentions thérapeutiques pour la fin de l'épisode

Jusqu'à présent, nous avons décrit et analysé ce que les malades et leur entourage ont effectivement fait pour prendre en charge leur maladie. Près d'un quart des malades n'étaient pas encore guéris lors de l'enquête. Ces personnes recouvrent deux réalités distinctes:

- celles qui sont encore en cours de traitement;
- celles qui ont stoppé un traitement jugé inefficace.

Le devenir de ces derniers est particulièrement intéressant. Que vont-elles faire? Chercheront-elles un deuxième recours? Si oui, lequel? Si non, pourquoi? Pour répondre à ces questions, nous avons demandé leurs intentions thérapeutiques à toutes les personnes (ou à leurs proches) qui étaient encore malades au moment de l'enquête. Les réponses à ces questions doivent être appréciées avec prudence. Ce n'est en effet pas parce qu'une personne affirme qu'elle consultera tel ou tel service de santé qu'elle le fera à coup sûr. Il peut exister un important décalage entre les intentions proclamées et les actions effectivement menées. Nous en voulons pour preuve la proportion assez élevée de patients déçus d'un recours extérieur, qui affirment vouloir désormais se tourner vers l'automédication, alors que sur 443 itinéraires thérapeutiques comportant au moins un recours extérieur, seuls 3 se terminent effectivement par de l'automédication.

Après un traitement infructueux par automédication

Des 930 épisodes de maladie traités directement par automédication, 262 (28,2 %) n'étaient pas achevés au terme de cette première étape de l'itinéraire thérapeutique ou lors du passage des enquêteurs, dont 179 (68,3 %) n'ont pas ensuite débouché sur un recours extérieur. Près d'un cinquième des 174 personnes qui ont indiqué leurs intentions thérapeutiques ne savent pas (encore) ce qu'ils feront. Beaucoup d'entre elles attendent de constater l'effet de l'automédication en cours ou qu'elles viennent d'achever. Beaucoup de malades non guéris (77, soit 44,3 %) affirment qu'ils poursuivront l'automédication, au moins dans un premier temps, puisqu'ils ne sont pas encore parvenus au terme du traitement en cours. Cette catégorie recoupe donc partiellement la précédente, soit les personnes en cours de traitement ou qui en attendent les derniers effets avant de passer éventuellement à un recours extérieur.

Une autre partie importante des malades (50 ou 28,7 %) envisagent un recours extérieur. La plupart pensent au CSSP de Ouessè (31 mentions sur 46), suivi de loin par l'hôpital Saint-Martin (7 mentions). D'autres établissements, dans la sous-préfecture ou non, ne recueillent qu'un ou deux suffrages chacun. Il est étonnant de constater que les différents CCS ne sont

¹ "La logique est celle de la guérison" dira Fassin (1992: 115).

mentionnés que 3 fois, alors que tous ces malades n'ont encore consulté aucun spécialiste de la santé. Celui de Gbanlin n'est par exemple jamais cité, alors que 8 patients de ce village ont mentionné d'autres établissements et que dans les faits le CCS de Gbanlin est le plus utilisé de toute la sous-préfecture. Il n'est pas exclu qu'une bonne partie de ces intentions de consulter renvoient plus à ce que l'on ferait, s'il n'y avait que peu de contraintes, qu'à ce que l'on fera effectivement. Les services de rang intermédiaires sont alors privilégiés au détriment du premier échelon de soins. Il est aussi à relever que seule la médecine moderne, presque toujours ses composantes formelles d'ailleurs, est mentionnée. La médecine traditionnelle et les églises thérapeutiques ne semblent pas être envisagées comme une alternative à l'automédication par ces patients. Ce qui correspond du reste bien avec le type de recours utilisés par ceux qui ont effectivement consulté un spécialiste directement après l'automédication.

Seule une petite minorité des malades non guéris (13 ou 7,5 %) affirment qu'ils ne feront plus rien pour se soigner. Quatre personnes motivent cette renonciation par le sentiment qu'il s'agit d'une maladie incurable (un cas de rhumatisme, un cas de "paludisme femelle", un cas de diarrhée et un cas de toux accompagnée de fièvre), sans qu'il soit toujours possible de savoir s'ils pensent incurable en soi ou incurable avec leurs propres moyens ("je suis dépassé"). Cinq personnes évoquent des problèmes d'argent, auxquels l'une d'entre elles ajoute encore l'éloignement des services de santé. Quatre personnes mentionnent, sous une forme ou une autre, le fait qu'il y a eu amélioration et qu'ils s'en contentent ou encore qu'elle aboutira sans soins supplémentaires à une guérison complète.

Après l'échec d'un premier recours extérieur direct

Des 360 cas de maladie qui ont directement donné lieu à un recours extérieur, 76 (21,1 %) n'étaient pas achevés, au terme de cette première étape de l'itinéraire thérapeutique ou lors du passage des enquêteurs. Parmi ces cas inachevés, 51 (67,1 %) n'ont pas donné lieu à un deuxième recours extérieur. Environ la moitié (51 %) d'entre eux ne savent pas (encore) ce qu'ils feront. La plupart de ces derniers attendent de constater l'effet du traitement en cours ou qui vient de s'achever. Seule une minorité des malades non guéris (11,8 %) affirment qu'ils ne feront plus rien pour se soigner. Trois personnes motivent cette renonciation par des difficultés financières, deux par l'éloignement d'autres ressources sanitaires et la dernière par une autre raison non précisée.

Huit malades non guéris (15,7 %) affirment qu'ils pratiqueront désormais l'automédication. Bien que la forme de notre questionnaire ait peut-être conduit à minimiser ces cas, rappelons que, dans les faits, nous n'avons presque jamais relevé de passage ou de retour à l'automédication après une consultation extérieure. Onze malades (21,6 %) envisagent un deuxième recours extérieur, surtout au CSSP de Ouessè (5 cas), mais aussi à l'hôpital Saint-Martin (2 cas) et au dispensaire de Tosso (1 cas), sans parler de 3 personnes qui n'ont pas précisé de service de santé. Pas plus qu'après l'automédication, le guérisseur traditionnel, le devin ou les églises thérapeutiques ne semblent être considérés comme des alternatives à un premier recours extérieur, toujours de type moderne, partiellement ou totalement infructueux.

Intention à la fin de la deuxième étape d'un itinéraire thérapeutique inachevé

Seuls 108 épisodes de maladie ont engendrés des itinéraires thérapeutiques d'au moins deux étapes. A la fin de la deuxième étape, 44 patients (40,7 %) n'étaient toujours pas guéris. Environ les trois quarts d'entre eux n'avaient pourtant pas entrepris de nouvelles actions thérapeutiques au moment de l'enquête. Douze de ces derniers malades (37,5 %) ont indiqué qu'ils ne savaient pas encore ce qu'ils feraient ensuite, notamment parce qu'ils étaient encore en cours de traitement, 5 (15,6 %) qu'ils ne feraient plus rien, 11 (34,4 %) qu'ils se tourneraient

vers l'automédication et 4 (12,5 %) vers un recours extérieur. Ceux-ci sont l'hôpital Saint-Martin (une mention) et surtout le CSSP de Ouessè (trois mentions). Ainsi, après deux étapes de l'itinéraire thérapeutique, seuls subsistent les services de santé modernes de niveau moyen à supérieur parmi les recours extérieurs envisagés.

Si l'on compare globalement les intentions thérapeutiques après l'automédication comme premier recours, après un recours extérieur direct et après la deuxième étape de l'itinéraire, on constate qu'elles sont significativement différentes ($p = 0,0001$). Les malades sont d'autant plus désireux de tenter un recours extérieur qu'ils ne l'ont pas encore fait et qu'ils se trouvent en début d'itinéraire thérapeutique. A l'inverse, ils souhaitent d'autant moins ne plus rien faire qu'ils n'ont pas encore tenté un recours extérieur et qu'ils se trouvent en début d'itinéraire thérapeutique. Le désir de poursuivre l'automédication est très fréquent (44,3 %) chez les personnes non guéries au moment de l'enquête, qui ont commencé leur traitement par elle. Le désir de passer ou de retourner à l'automédication reste fréquent chez les malades qui ont déjà effectué deux recours infructueux (34,4 %). Il est par contre rare en fin de premier recours, si celui-ci était un recours extérieur (15,7 %). Cette dernière catégorie préfère d'ailleurs une prudente expectative (51 % ne savent pas ce qu'ils feront). D'une manière générale, plus que le fait d'être en fin de première ou de deuxième étape, c'est celui d'avoir déjà effectué ou non une consultation extérieure qui différencie le plus les intentions des trois catégories de malades considérées. En outre, la diversification des ressources thérapeutiques à utiliser ressort nettement des intentions thérapeutiques des personnes non guéries. On affirme volontiers ne pas vouloir se contenter d'un seul recours thérapeutique, surtout si celui-ci est l'automédication, ainsi que souhaiter alterner les types de recours.

Une population à risque de non-recours?

Il est à se demander si beaucoup de ces personnes non guéries n'ayant connu que l'automédication au moment de l'enquête envisagent réellement une consultation extérieure, dans la mesure où elles étaient alors déjà malades depuis en moyenne 11,6 jours et même 12,6 jours pour celles affirmant vouloir consulter (sans prendre en compte les maladies chroniques)! Or, nous avons vu plus haut que les malades qui se sont tournés vers un recours extérieur après automédication l'ont fait en moyenne seulement 4,8 jours après le début de la maladie. Nous pensons avoir identifié ici une catégorie de la population qui, pour diverses raisons, semble peu disposée ou apte à passer de l'automédication à un spécialiste, dans un délai "raisonnable" après le début de la maladie.

Il nous paraît donc intéressant de comparer le profil de cette population avec celui des personnes qui sont passées relativement rapidement de l'automédication à un recours extérieur, afin de dégager d'éventuels facteurs de risque de non-recours, alors même que la maladie perdure. Concrètement, nous comparerons les 120 cas (appelés cas A) impliquant des maladies non chroniques traitées d'abord par automédication et qui n'ont encore effectué aucun recours extérieur après 6 jours, tout en n'étant pas encore guéris, aux 54 cas similaires (appelés cas B), mais où un recours extérieur est intervenu dans les 6 jours après le début de la maladie. Cette limite de 6 jours a été retenue pour tenir compte du fait que les recours extérieurs après automédication s'effectuent en moyenne presque 5 jours après le début de la maladie. Il s'agit donc d'écarter des cas A la plupart des malades non guéris qui n'ont pas encore consulté car la maladie est trop récente.

Les deux populations ne se distinguent quasiment pas par la gravité perçue de la maladie (2 en moyenne pour les cas A, c'est-à-dire "assez grave", et 1,9 pour les cas B). Pour les cas A, l'appréciation de la gravité de la maladie se répartit équitablement entre les trois possibilités de réponse: "très grave", "assez grave" et "peu ou pas grave". Pour les cas B, les cas de maladie

considérés comme “très grave” constituent environ 30 % du total des cas, les cas “assez graves” 45 % et les cas “peu ou pas graves” 25 %. Mais aussi bien les différences entre les deux populations qu’entre catégories d’une même population ne sont pas statistiquement significatives.

Par contre, les diagnostics entre les deux populations sont passablement différents (cf. Tableau 118). La consultation rapide d’un spécialiste après automédication est proportionnellement beaucoup plus fréquente pour les cas de “paludisme femelle” et de diarrhée, mais beaucoup plus rare pour les cas de toux accompagnée de fièvre. Les différences sont statistiquement significatives pour ces seuls trois diagnostics. Non significatives, les différences pour d’autres diagnostics ne sont pas négligeables: en cas de “paludisme mâle”, un recours extérieur après l’automédication est proportionnellement plus fréquent que l’absence de toute consultation, alors que l’inverse est vrai pour les cas de *manyen*, de rhumatisme et de hernie. Bien que l’on ait pas pris en considération ici les maladies chroniques, définies arbitrairement comme ayant une durée supérieure à trois mois, on constate que les maladies potentiellement longues ou sujettes à chronicisation (toux avec fièvre, *manyen*, rhumatisme et hernie, débouchent beaucoup moins sur un recours extérieur (rapide) que des maladies plus aiguës. Il est à relever que ces affections sont souvent celles pour lesquelles les recours extérieurs montrent le plus rapidement leurs limites, à moins, dans le cas de la hernie, de pouvoir engager de grands frais. Nous retrouvons là, comme dans l’étude des registres de santé, des stratégies thérapeutiques partiellement distinctes selon le type de maladies. Ces stratégies semblent largement reposer sur une expérience collective de l’efficacité comparée des différents types de recours et d’une évaluation de leur rapport coût/bénéfice.

Tableau 118 Diagnostics des épisodes non terminés traités par automédication pendant au moins six jours (recours extérieur ultérieur peu probable) et des épisodes traités par automédication, suivie dans les six jours par un recours extérieur (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédic. seule		Autom. + rec. ext.	
	N	%	N	%
“Paludisme mâle”	7	5.8	6	11.1
“Paludisme femelle”	19	15.8	22	40.7
Diarrhée	4	3.3	8	14.8
Dysenterie	11	9.2	4	7.4
Toux et fièvre	37	30.8	8	14.8
“Attaque”	1	0.8	0	0.0
Rougeole	2	1.7	1	1.9
<i>Manyen</i>	15	12.5	2	3.7
Maladies sex. trans.	0	0.0	0	0.0
Rhumatisme	11	9.2	2	3.7
Traumatismes	2	1.7	0	0.0
Hernie	11	9.2	1	1.9
Morsures serpents	0	0.0	0	0.0
Total	120	100.0	54	100.0

Les valeurs statistiquement significatives ($p \leq 0,05$), selon le test du χ^2 , sont indiquées en gras.

Les motifs, tels que cités par les malades ou leur famille, d'un recours à l'automédication plutôt qu'à un spécialiste de la santé comme première action thérapeutique distinguent les cas A des cas B ($p = 0,0001$). Nous nous bornerons à signaler les trois motifs significativement différents d'un point de vue statistique. Près de la moitié (47,8 %) des motifs mentionnés par les cas B, c'est-à-dire ceux qui sont rapidement passés de l'automédication à un recours extérieur, tournent autour de l'idée qu' "il faut d'abord lutter". Les cas A, ceux qui n'ont pratiqué que l'automédication, ne sont qu'un cinquième (20,7 %) à avancer ce type de réponses. Par contre, deux cinquièmes d'entre eux évoquent le manque d'argent, contre seulement un petit dixième (9 %) des cas B. La troisième différence significative n'est guère utile, puisqu'elle concerne les réponses "autres", plus nombreuses chez les cas B.

Pour les cas A, l'automédication constituerait donc plutôt un choix négatif, dicté par une accessibilité économique des recours extérieurs limitée. Pour les cas B, au contraire, l'automédication est plutôt un choix positif motivé par le désir de prendre en charge la maladie quelques jours dans le cadre familial, avant de recourir à un spécialiste en cas d'échec. Il est intéressant de relever qu'un cinquième des motifs de recours à l'automédication plutôt qu'à un spécialiste mentionnés par les cas B relèvent de l'accessibilité économique, ce qui ne les a pas empêchés de consulter peu après. Le manque d'argent souvent invoqué doit donc être relativisé. En cas de besoin, des ressources sociales peuvent souvent être mobilisées et transformées en ressources financières. De même, certains biens, comme des produits agricoles, peuvent être vendus, ce qui nécessite souvent un peu de temps. Sans nier que certains ménages soient, momentanément ou en tout temps, confrontés à une impossibilité financière absolue de recourir à un service de santé, les contraintes financières nous paraissent aussi souvent relatives. Tenter d'abord l'automédication permet en effet habituellement d'économiser un recours extérieur. Il s'agit donc d'une stratégie souvent payante. La perception de la gravité, de l'urgence, du handicap de la maladie interfère naturellement avec la prévision du coût d'une consultation dans la prise de décision. C'est dans ce sens que l'on peut souvent considérer comme relative l'inaccessibilité économique des services de santé.

Cette pondération du coût par d'autres facteurs ne signifie pas pour autant qu'il n'exerce aucun rôle dans le comportement de recherche de soins. Il est significatif à cet égard que l'indice économique moyen des ménages dont relèvent les cas A est de 0,99, soit la moyenne pour l'ensemble des 650 ménages étudiés, alors qu'il se monte à 1,30 pour les ménages des cas B.

Le type de remèdes utilisés pour l'automédication est similaire pour les cas A et B. Aucune différence statistiquement significative n'est à relever. Par contre, le résultat de ces traitements est fort différent d'une population à l'autre. Parmi les malades qui n'ont pratiqué que l'automédication, sans déboucher sur une guérison, seuls 2,5 % déclarent que ce traitement a été complètement inefficace. Les autres signalent une amélioration. Par contre, la moitié des malades qui ont rapidement fait suivre l'automédication par un recours extérieur pensent que le traitement familial a été totalement inefficace. Il n'est pas exclu que la consultation ultérieure d'un spécialiste conduise les malades à dévaloriser un peu l'action de l'automédication. Mais il semble tout de même bien que la perception du résultat de l'automédication constitue un des déterminants essentiels de la poursuite ou non de la quête thérapeutique.

Après l'analyse de ces caractéristiques "conjoncturelles" des deux populations, passons à l'étude de caractéristiques plus "structurelles", c'est-à-dire davantage liées aux malades qu'à la maladie.

En moyenne, les cas A sont un peu plus âgés que les cas B (24,3 contre 21,4 ans). Les cas A de 15 à 60 ans sont proportionnellement plus nombreux que les cas B du même âge (52,9 contre 39,6 %). A l'inverse, les cas A de 1 à 4 ans et surtout de 5 à 14 ans sont proportionnellement moins nombreux que les cas B du même âge. Les enfants de moins d'un an

sont plus nombreux à se contenter de l'automédication, alors que les adultes de 60 ans et plus sont moins nombreux. Mais globalement, la répartition par tranches d'âge des deux populations ne présente pas de différence statistiquement significative. Les femmes sont davantage à risque de se contenter de l'automédication que les hommes. Les cas A comptent en effet 54,2 % de femmes, alors qu'elles ne constituent que 45,3 % des cas B. Mais là encore, la différence n'est pas statistiquement significative.

La religion ne distingue pas les cas A des cas B, du moins pas de façon statistiquement significative. Par contre, les deux populations se différencient globalement par leur composition ethnique ($p = 0,05$). On relève proportionnellement un peu plus de *Mahi* et surtout de *Nagot* dans les cas B, alors que les ressortissants de l'Atacora et les *Peul* sont plus nombreux dans les cas A, de manière statistiquement significative pour ces derniers. En d'autres termes, les autochtones passent plus facilement de l'automédication à un recours extérieur que les allochtones. Ce n'est toutefois pas vrai pour les malades relevant de la catégorie "autres ethnies" (essentiellement les *Basa* de Gbédé et les *Fon* de Wokpa), qui sont proportionnellement presque aussi nombreux dans les cas A que dans les cas B. Cette position intermédiaire résulte en fait de la superposition de deux comportements thérapeutiques opposant diamétralement les deux villages, comme nous le verrons ci-dessous.

Contrairement à notre hypothèse qui voulait que les personnes habitant depuis toujours ou très longtemps dans un village donné fréquentent davantage les recours thérapeutiques de la région, notamment parce qu'elles les connaissent mieux, nous n'avons constaté aucune différence significative dans la durée de résidence des cas A et des cas B.

Le comportement de recherche de soins des malades diverge beaucoup selon leur provenance. Dans certains villages, les malades sont proportionnellement plus nombreux à se contenter de l'automédication qu'à effectuer ensuite rapidement un recours extérieur (cf. Tableau 119). C'est le cas, par ordre décroissant, à Gbaffo (statistiquement significatif), Gbédé, Odo Akaba, Idadjo, Kilibo et Attannondoho. À l'inverse, les malades d'autres villages recourent proportionnellement plus souvent et rapidement à un spécialiste après l'automédication. C'est le cas, toujours par ordre décroissant, à Akpéro (statistiquement significatif), Adougou, Wokpa, Gbanlin et Djegbé. Dans les villages de Djegbé, Attata et Toui PK, les deux types de comportements sont presque aussi fréquents l'un que l'autre.

La disponibilité locale d'un service de santé moderne et, d'une manière plus générale leur accessibilité, expliquent partiellement cette répartition des villages dans les trois catégories. Ainsi, les cas A habitent en moyenne à 5,2 kilomètres du service de santé moderne le plus proche, contre seulement 4,4 kilomètres pour les cas B. D'autres facteurs interfèrent cependant avec cette tendance, qui n'est de loin pas absolue. Par exemple, les *Peul* de Gbaffo, à moins de 2 kilomètres du CSSP de Ouessè, répugnent le plus à consulter, alors que les malades d'Akpéro, sans service de santé si l'on excepte une UVS peu fonctionnelle, passent massivement à un recours extérieur après quelques jours d'automédication. De même, les *Fon* de Wokpa consultent étonnamment beaucoup, alors qu'ils habitent à 5 kilomètres du dispensaire le plus proche, par une mauvaise piste.

Ni l'âge moyen des chefs de ménages, ni celui de leurs premières épouses ne permettent de distinguer les deux populations. La taille moyenne des ménages des cas B est un peu plus grande que celle des cas A (10,9 personnes, dont 2 épouses en moyenne, contre 9,8, dont 1,7 épouse).

Globalement, la profession des chefs de ménages est significativement différente dans les cas A et les cas B ($p = 0,009$). Les agriculteurs et bouviers sont à peine plus nombreux parmi les cas A que parmi les cas B (87,2 contre 83,3 %). Sans être significative, la différence est plus

importante pour les commerçants et transporteurs (5,1 contre 0 %) et les fonctionnaires (3,4 contre 0 %). Par contre, les artisans sont significativement plus nombreux parmi les cas B que parmi les cas A (16,7 contre 4,3 %). Les deux populations ne se différencient pas vraiment par la profession des premières épouses des chefs de ménages ($p = 0,069$). Les commerçantes (34 contre 20,5 %) et les fonctionnaires (4 contre 0 %) sont cette fois surreprésentées parmi les cas B, alors que les agricultrices (56 contre 69,6 %) et les artisanes (2 contre 4,5 %) y sont sous-représentées. La différence entre les deux groupes pour les rares femmes qui se disent uniquement ménagères est peu prononcée. Notre hypothèse quant à l'existence d'un lien entre certaines professions et le comportement de recherche de soins – ici le passage assez rapide de l'automédication à un recours extérieur opposé à une longue automédication avec ou sans recours extérieur subséquent, mais le plus souvent sans – ne se vérifie donc que partiellement. Nous nous attendions en effet à ce que les fonctionnaires et les commerçants se distinguent sensiblement des agriculteurs par un passage plus fréquent et plus rapide de l'automédication à un recours extérieur. C'est le cas si l'on considère les premières épouses des chefs de ménages, mais pas si l'on prend en compte ces derniers. Toutefois, aucune des différences relevées pour les épouses n'est statistiquement significative.

Tableau 119 Répartition des cas A et des cas B selon le domicile (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Cas A		Cas B		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idadjo	15	78.9	4	21.1	19	100.0
Wokpa	12	57.1	9	42.9	21	100.0
Gbanlin	10	62.5	6	37.5	16	100.0
Djebé	9	64.3	5	35.7	14	100.0
Attannondoho	10	76.9	3	23.1	13	100.0
Gbaffo	12	100.0	0	0.0	12	100.0
Adougou	9	50.0	9	50.0	18	100.0
Attata	8	72.7	3	27.3	11	100.0
Gbédé	12	92.3	1	7.7	13	100.0
Kilibo	8	80.0	2	20.0	10	100.0
Akpéro	3	25.0	9	75.0	12	100.0
Toui PK	4	66.7	2	33.3	6	100.0
Odo Akaba	8	88.9	1	11.1	9	100.0
Total	120	69.0	54	31.0	174	100.0

Légende: Cas A personnes encore malades après au moins six jours d'automédication (sans les cas chroniques). Le passage à un recours extérieur est peu probable pour elles.

Cas B malades soignés par automédication, suivie dans les six jours par un recours extérieur (sans les cas chroniques).

Les valeurs statistiquement significatives ($p \leq 0,05$), selon le test du χ^2 , sont indiquées en gras.

Les chefs de ménages dont relèvent les malades inclus dans les cas A sont moins scolarisés que ceux dont dépendent les cas B: 78,3 % des premiers n'ont jamais fréquenté l'école, contre 66,7 % des seconds. Mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Lorsque l'on examine le dernier niveau scolaire atteint, seuls les chefs de ménages dont relèvent les cas B sont significativement plus nombreux que ceux des cas A à avoir fréquenté l'école

durant 7 à 10 années (14,8 contre 5 %). Étonnamment, les malades dépendant des quelques chefs de ménages qui ont été scolarisés pendant 11 à 13 années se sont tous contentés de l'automédication (différence non significative). Les cas A ne se différencient pas du tout des cas B par le niveau scolaire, d'ailleurs peu différencié, des premières épouses des chefs de ménages.

Étudions encore une dernière caractéristique des ménages, qui constitue a priori un indicateur de l'attitude envers la santé et les soins de santé: la possession à la maison de remèdes traditionnels et/ou modernes. Le Tableau 120 montre que le fait de détenir à la maison des remèdes, qu'ils soient traditionnels ou modernes ou encore en combinaison, est plus fréquent chez les malades qui ont rapidement fait suivre l'automédication d'un recours extérieur que chez ceux qui s'en sont tenus à la seule automédication pendant au moins six jours. Mais seule la possession d'au moins des remèdes modernes et celle de remèdes traditionnels et modernes ensemble distinguent significativement les deux populations selon le test du χ^2 . Ainsi, 44,4 % des cas B conservent à la maison des médicaments modernes, contre seulement 25,8 % des cas A. De même, 31,5 % des cas B ont à la maison à la fois des remèdes traditionnels et modernes, contre seulement 16,7 % des cas A. En d'autres termes, la probabilité de consulter rapidement un spécialiste de la santé après un début de traitement par automédication est 1,7 fois plus élevée si l'on conserve à la maison des remèdes modernes et 1,9 fois supérieure si l'on y garde à la fois des remèdes traditionnels et modernes. Pour les malades qui recourent à l'automédication en début d'itinéraire thérapeutique, la présence à la maison d'une réserve de remèdes doit donc être interprétée non pas en termes d'attachement fort, voire inconditionnel à l'automédication, mais comme un indicateur de sensibilité particulière à la bonne santé des membres du ménage. Cette "conscience sanitaire" se manifeste par le passage – et la rapidité de celui-ci – à une deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique, une fois l'échec, plus ou moins total, de l'automédication constaté.

Tableau 120 Répartition des cas A et des cas B selon la possession de remèdes traditionnels (RT) et/ou modernes (RM) dans le ménage (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Cas A						Cas B					
	Oui		Non		Total		Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Au moins RT	51	42.5	69	57.5	120	100.0	28	51.9	26	48.1	54	100.0
Au moins RM	31	25.8	89	74.2	120	100.0	24	44.4	30	55.6	54	100.0
RT ou RM	62	51.7	58	48.3	120	100.0	35	64.8	19	35.2	54	100.0
RT et RM	20	16.7	100	83.3	120	100.0	17	31.5	37	68.5	54	100.0

Légende: Cas A personnes encore malades après au moins six jours d'automédication. Le passage à un recours extérieur est peu probable pour elles.

Cas B malades soignés par automédication, suivie dans les six jours par un recours extérieur.

Les valeurs statistiquement significatives ($p \leq 0,05$), selon le test du χ^2 , sont indiquées en gras.

Relevons encore que les cas B disposent plus souvent à la maison au moins des remèdes traditionnels que modernes (51,9 % contre 44,4). Bien que ce soit la possession de remèdes modernes qui les distingue significativement des cas A et que leurs recours extérieurs les conduisent presque exclusivement auprès de praticiens de la médecine moderne, il ne s'agit donc pas d'une population "moderniste", au sens où elle rejetterait les thérapies traditionnelles.

Après ce tour d'horizon des caractéristiques qui rassemblent ou distinguent les cas A des cas B, nous pouvons maintenant répondre à la question qui sert de titre à ce sous-chapitre:

existe-t-il une population à risque de sous-utilisation des services de santé¹, identifiable notamment au moyen de caractéristiques socio-démographiques spécifiques? Autrement dit, les cas A, qui semblent réticents ou incapables d'entrer dans un cycle de recours extérieurs possèdent-ils un profil distinct des cas B, plus actifs dans la recherche de soins?

Si nous faisons le bilan des facteurs qui permettent le mieux de distinguer les deux populations, on constate qu'ils relèvent de trois types. Il y a tout d'abord des facteurs "conjoncturels" liés à la maladie et à son traitement: le diagnostic et le résultat du traitement. Il y a ensuite des facteurs relevant de l'attitude de la population face à la santé et aux soins de santé: la possession d'une réserve de remèdes à domicile et le motif avoué du choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur pour la première étape de l'itinéraire thérapeutique. Il y a enfin des facteurs "structurels" intangibles ou difficilement modifiables: la localisation du domicile et l'ethnie. Tous les autres facteurs ne permettent guère de distinguer les deux populations car les différences relevées sont nulles ou assez faibles et alors non statistiquement significatives. La taille du ménage et la distance au service de santé moderne le plus proche interviennent modérément. Il est intéressant de relever que la plupart des facteurs ne différenciant pas ou peu les malades qui s'enferment pour longtemps ou définitivement dans l'automédication, de ceux qui en sortent dans un délai "raisonnable" (dans les six jours après le début de la maladie) sont de type "structurel". Ce constat est réjouissant car il dénote une certaine égalité devant les soins, malgré des différences d'âge, de sexe, de profession... Certains auteurs considèrent justement que le système de soins est équitable lorsque ce ne sont pas ce type de facteurs qui déterminent une utilisation différenciée des services de santé (THOUEZ, MUNAN et NABAHI, 1981). Cependant, les barrières économiques, révélées au travers de deux indicateurs, qui limitent l'accès d'un nombre non négligeable de malades aux services de santé ne laissent pas d'inquiéter.

En nous basant uniquement sur les différences statistiquement significatives relevées ci-dessus, nous pouvons dresser le profil type des malades qui poursuivent longtemps l'automédication, malgré un succès mitigé, et qui pour la plupart ne consulteront jamais un spécialiste de la santé. Il s'agit d'un *Peul* habitant le Gbaffo de Kpassa. Moyennement riche, son ménage possède rarement des remèdes traditionnels et/ou modernes à la maison. Il souffre de toux accompagnée de fièvre et invoque le manque d'argent pour expliquer son choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur. Si celle-ci ne l'a pas guéri, au moins a-t-elle presque toujours apporté une amélioration à son état de santé.

Le profil type des malades qui abandonnent rapidement l'automédication au profit d'un recours extérieur, presque toujours moderne – ou du moins qui ajoutent un tel recours à l'automédication – est sensiblement différent. Il s'agit d'un malade relevant d'un chef de ménage artisan habitant Akpéro et bénéficiant d'un niveau économique supérieur à la moyenne. Ce ménage conserve fréquemment des remèdes traditionnels et/ou modernes à la maison. Le malade souffre du "paludisme femelle" ou de diarrhées et a choisi l'automédication comme premier recours car "il faut d'abord lutter". L'automédication a été totalement inefficace dans la moitié des cas (sans doute en partie parce qu'on ne l'a utilisée que brièvement, l'automédication ou la nature n'ayant pas eu le temps de faire son oeuvre!).

Il s'agit bien sûr là d'une vision assez caricaturale de ces deux populations, d'une sorte de double portrait-robot dans lequel bien de malades ne se reconnaîtraient pas. Ces portraits pourraient encore être affinés en y ajoutant d'autres touches, moins certaines toutefois, dans la mesure où ces tendances restent faibles et non significatives d'un point de vue statistique. Les malades du premier groupe seraient plutôt des agricultrices autochtones d'âge mûr dont le mari

¹ Rappelons que l'expression "services de santé" utilisée sans précision supplémentaire est à prendre au sens large. Elle désigne tous les types d'acteurs spécialistes de la santé.

n'a jamais fréquenté l'école. Généralement catholiques ou protestantes, elles sont plus nombreuses que les malades du second groupe à avoir délaissé la religion traditionnelle au profit des nouvelles religions chrétiennes d'origine africaines. Leurs ménages comptent moins de membres et de coépouses que ceux du second groupe. Finalement, elles habitent plus loin d'un service de santé moderne que les malades de second groupe.

QUATRIÈME PARTIE

DÉTERMINANTS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES

1. MODÈLES D'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Depuis les années 1960 surtout, de nombreux chercheurs, essentiellement en sociologie médicale puis aussi en santé publique, ont cherché à identifier les facteurs ou les associations de facteurs liés à l'utilisation des services de santé (occurrence, fréquence, type de services et plus rarement localisation des services utilisés), dans le but de décrire et de prédire cette utilisation. Les facteurs étudiés sont influencés par le contexte des études, mais aussi, assez largement semble-t-il, par la formation des chercheurs. D'aucuns mettent l'accent sur les processus psychologiques qui président à la perception de la maladie et aux choix thérapeutiques. D'autres privilégient l'influence des réseaux sociaux sur ces mêmes perceptions et choix. D'autres encore s'intéressent surtout aux barrières que dresserait une mauvaise organisation médicale entre les patients potentiels et les prestataires de soins. Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé ont souvent été organisés et regroupés en des modèles explicatifs globaux, souvent de plus en plus complexes, car cumulant partiellement les approches précédentes. La plupart des premiers modèles considéraient implicitement la sous-utilisation comme le principal problème des services de santé (PHILLIPS, 1990). Il s'agissait donc surtout d'optimiser l'utilisation de ces services en identifiant et en éliminant, si possibles, les barrières à l'utilisation pour la population cible.

Un des modèles les plus utilisés, connu sous le nom de *behavioural model*, a été développé par Andersen (1968), puis perfectionné par Andersen et Newman (1973) et surtout par Aday et Andersen (1974). Selon ce modèle, l'utilisation des services de santé résulte à la fois des caractéristiques du système de soins de santé (et en particulier de leur perception par les utilisateurs potentiels) et des caractéristiques de la population à risque. La satisfaction du patient, dont dépendra la suite du parcours thérapeutique ou un futur recours lors d'un autre épisode de maladie, dépend de la confrontation, lors de l'utilisation d'un service de santé, des attentes de l'utilisateur (qui sont fonction de ses caractéristiques individuelles) et de l'offre du service de santé (caractéristiques du système de soins de santé). Ce jeu d'interactions entre l'offre, la demande, l'utilisation et la satisfaction est lui-même influencé, plus en amont, par la politique sanitaire de l'Etat étudié.

Un tel modèle ne devient opérationnel que lorsque l'on définit des indicateurs qui permettent d'en mesurer chacun des composants. Aday et Shortell (1988) en proposent un grand nombre pour le *behavioural model*, que nous résumons ici en les regroupant par catégorie:

- Caractéristiques du système de soins de santé
 - disponibilité (volume, distribution)
 - organisation (entrée, structure)
- Caractéristiques de la population à risque
 - facteurs prédisposants (âge, sexe, religion, race, ethnie, éducation, profession, connaissance du système de soins, croyances et attitudes face à la santé...)
 - facteurs habilitants ou de réalisation (revenu familial, assurance maladie, lieu de résidence, durée de résidence...)
 - besoins (perçus, évalués par un agent de santé)
- Utilisation du service de santé
 - type
 - endroit
 - but

- intervalle de temps (contact, volume, continuité)
- Satisfaction du patient
 - lors de la dernière visite
 - des soins de santé en général.

Depuis le premier modèle d'Andersen (1968), la plupart des modèles regroupent les innombrables caractéristiques de la population pouvant influencer l'utilisation en trois catégories:

- les facteurs prédisposants (*predisposing*);
- les facteurs de réalisation (*enabling*);
- les facteurs de besoins (*need*).

La perception d'un besoin de santé constitue le moteur du processus pouvant conduire à l'utilisation d'un service de santé. Pour qu'il y ait passage à l'acte, encore faut-il que d'autres facteurs soient présents chez le malade et son entourage; tout d'abord des facteurs prédisposants qui incitent à l'utilisation, mais aussi des facteurs de réalisation, qui permettent à cette propension à consulter de s'exprimer, principalement en levant les barrières liées à l'accessibilité géographique et économique. Encore faut-il que ces besoins associés à cette prédisposition et à cette capacité à utiliser des services de santé pour y répondre rencontrent une offre, décrite par les caractéristiques du système de soins, et que cette dernière soit considérée comme adéquate. On reconnaît là finalement un modèle proche dans son esprit du modèle de l'accès de Penchansky et Thomas (1981), décrit dans l'introduction. Ces auteurs insistaient davantage sur l'interaction nécessaire entre les caractéristiques de la population et celles des prestataires de soins.

Gross (1972) élabore un modèle causal de l'utilisation très complexe, qui reprend largement les facteurs du *behavioural model*, mais en y incorporant notamment des facteurs d'accessibilité, omis dans le modèle original d'Andersen (1968). Dutton (1986) conçoit l'utilisation comme l'interaction entre les caractéristiques des patients (les désormais classiques facteurs prédisposants, de réalisation et de besoin) et celles des prestataires de soins et du système de soins en général. Son originalité consiste à distinguer deux types d'utilisation: celle qui est contrôlée par le patient lui-même, soit l'entrée dans le système de soins pour un nouvel épisode ou pour une consultation préventive, et celle largement contrôlée par le thérapeute, c'est-à-dire les consultations ultérieures de suivi, la référence et la médication. Cette distinction nous permet de préciser que nous nous sommes intéressé qu'aux déterminants de l'utilisation contrôlée par les malades et leur entourage. Pour chaque épisode de maladie, seule la première consultation chez chaque nouveau thérapeute a été prise en compte ici. Les cas de référence sont si rares et la compliance des patients à cet égard si aléatoire dans la sous-préfecture de Ouessè, que nous pouvons considérer comme négligeables les recours extérieurs dictés par un autre thérapeute.

La plupart des modèles décrivant les "causes" de l'utilisation des services de santé ont été développés dans un contexte nord-américain. Certains d'entre eux ont cependant été utilisés ailleurs, notamment dans les pays en voie de développement, souvent après adaptation. Kroeger (1985) propose un "cadre conceptuel pour analyser la demande de soins de santé dans les pays en développement", s'inspirant à la fois des *behavioural models* et des *pathway models*¹. Il regroupe les variables explicatives en trois catégories en interaction: les facteurs prédisposants, la perception des caractéristiques de la maladie et la perception des caractéristiques des services

¹ Modèles de cheminement causal, qui décrivent le cheminement mental et physique du malade entre les diverses étapes de prise de conscience et de prise en charge de la maladie.

de santé. L'ensemble de ces variables influencent à la fois la perception des avantages du traitement et la perception des obstacles à l'utilisation des soins, double perception qui influencera à son tour le choix du type de thérapeutes, considéré comme la variable dépendante: tradipraticien, médecine moderne, pharmacie ou automédication. Ce modèle prend donc en compte le caractère généralement pluraliste des soins de santé dans les pays en voie de développement et intègre l'accessibilité parmi les variables décrivant la perception des services de santé, dimension très souvent omise dans les modèles "classiques", avant tout destinés à l'étude de populations très mobiles, souvent urbaines et bénéficiant d'une couverture sanitaire très dense. Phillips (1990) y voit les deux principales adaptations à apporter aux modèles "classiques" pour les utiliser dans le contexte des pays en voie de développement.

Dans le cadre de cette thèse, il n'est pas possible de reprendre tels quels les modèles de Gross (1972), d'Aday et Andersen (1974) ou de Kroeger (1985). D'une part, ils sont beaucoup trop complexes, trop ambitieux, d'autre part, certains facteurs ne sont pas pertinents dans le contexte béninois, comme par exemple le fait d'être au bénéfice d'une assurance maladie. De plus, la grande faiblesse de la plupart de ces modèles, surtout les plus élaborés et a priori les meilleurs d'entre eux, puisqu'ils s'attachent à expliquer une réalité réellement fort complexe, est l'absence de nombreuses données nécessaires à leur mise en oeuvre. Cela est tout particulièrement vrai dans les pays en voie de développement, comme le Bénin. La plupart sinon la totalité de ces modèles nécessitent des données spécifiques, disponibles qu'au moyen d'enquêtes auprès d'un large échantillon. Si ces dernières sont tout à fait envisageables au Bénin, il nous semble très difficile, dans ce contexte culturel très différent du nôtre, de recueillir et de quantifier de manière un tant soit peu fiable certains facteurs explicatifs proposés dans ces modèles.

Nous n'avons donc incorporé dans notre modèle que des facteurs explicatifs que nous pouvons documenter de façon (relativement) fiable, même si cela nous a amené à omettre des facteurs potentiellement prometteurs. Cela nous a conduit à privilégier les données factuelles, comme les caractéristiques socio-démographiques ou économiques des malades ou des ménages et leur localisation, au détriment des facteurs renvoyant à des perceptions, valeurs, croyances, attitudes et connaissances. S'en tenir à des facteurs pour la plupart disponibles dans le recensement national de la population laisse aussi la porte ouverte à une éventuelle extrapolation des résultats à une population plus large que le seul échantillon.

Notre modèle repose donc essentiellement sur les caractéristiques de la population, que nous avons classé selon la classique trilogie empruntée à Andersen (1974): facteurs prédisposants, facteurs de réalisation, y compris ceux décrivant l'accessibilité, et besoins. Comme ce modèle ne s'attache pas à prédire le volume d'utilisation d'un système de soins mais bien à élucider les facteurs associés aux comportements de recherche de soins, nous ne nous sommes intéressé qu'à des personnes se percevant comme malades. Nos facteurs de besoins ne consistent donc pas à distinguer les malades des personnes saines, mais à préciser la nature de la maladie: gravité perçue, diagnostic profane et aspects temporels. Les caractéristiques des services de santé ne sont pas incorporées dans le modèle, pas plus que leur perception par la population et que la satisfaction de cette dernière pour leur utilisation passée. Par contre, selon la recommandation de Kroeger (1985) pour les pays en voie de développement, le type de services de santé utilisés est détaillé et il prend en compte l'ensemble de l'offre de soins.

Il s'agit donc d'un modèle relativement simple, qui ne tient compte ni des connaissances et attitudes de la population, ni de la satisfaction retirée de consultations antérieures, ni des caractéristiques des services de santé. Ces facteurs, tous particulièrement la satisfaction, peuvent pourtant s'avérer déterminants. La mesure de la satisfaction des patients constitue cependant une

tâche ardue, qui nécessiterait des enquêtes spécifiques¹. Il s'agirait plus de mesurer une perception globale par les ménages de chaque service que la satisfaction pour une utilisation particulière de ces services. Ce n'est en effet pas la seule dernière utilisation d'un service par le malade qui influencera ses choix futurs, mais aussi ses visites antérieures tout comme celles de ses proches. Ce modèle est aussi relativement simple car il se limite aux seuls soins curatifs.

Avec Penchansky et Thomas (1981; 1984), nous avons insisté dans l'introduction, sur la nécessité de conceptualiser l'accès, potentiel ou réalisé, comme l'interaction entre les caractéristiques de la population et celles des services de santé. Notre modèle semble pourtant ne plus privilégier cette interaction. Cela est vrai dans le sens où les caractéristiques des services de santé ne sont pas, pour des raisons de faisabilité, explicitement incorporées au modèle. Toutefois, on peut considérer que la synthèse des caractéristiques des services de santé et de l'automédication est incluse dans le modèle par la prise en compte du type précis de services et d'automédication recherchés par les malades. Les caractéristiques des services de santé et de l'automédication apparaissent donc indirectement dans le modèle comme un filtre entre les caractéristiques du malade et l'utilisation d'un service particulier: quel service répond à mes besoins, mes attentes, mes possibilités?

Si, par exemple, en cas de maladie les jeunes enfants effectuent plus souvent un recours extérieur que les adultes, cela n'est pas dû à l'âge en soi. L'âge n'est dans ce cas que l'indicateur synthétique qui renvoie, entre autres, à une perception différente de la gravité de la maladie selon l'âge et à une évaluation de la capacité de chaque type de soins à répondre à la maladie des enfants et des adultes. Si, autre exemple, les malades d'un bas niveau économique privilégient plus que les autres l'automédication, c'est parce que ce choix est influencé par le faible coût de ce type de soins. Ce n'est pas, dernier exemple, le niveau d'éducation en soi qui pousse un individu à choisir un type de recours plutôt qu'un autre. Par contre, ce niveau peut modifier la perception de l'adéquation ou non d'un type de thérapies ou de services de santé pour traiter une maladie donnée. En détaillant le type de services utilisés en fonction des caractéristiques des malades et en connaissant bien l'offre de soins régionale, il est donc souvent possible a posteriori, dans la discussion des résultats, de réintégrer les caractéristiques de cette offre dans le modèle. L'accessibilité, vue sous l'angle de la distance linéaire, constitue par contre une caractéristique qui, même dans notre modèle un peu tronqué, montre explicitement l'interrelation entre les caractéristiques des services et celles de la population. Le service A est à x kilomètres du malade B et réciproquement. La distance AB n'appartient en propre ni au malade, ni au service. Elle ne peut se définir qu'en termes d'interrelation.

Bien que loin d'être exhaustif, notre modèle tente d'aller dans le sens de la recommandation de Powell (1995):

Les études de l'utilisation doivent examiner les facteurs de réalisation, les facteurs prédisposants et les facteurs de santé. Généralement, les sociologues de la santé ont étudié les facteurs prédisposants, au niveau individuel ou du groupe, les chercheurs en politique de santé ont examiné les variables liées au système de santé, et les géographes de la santé les facteurs de réalisation, comme la distance. Il est nécessaire d'examiner toutes les variables ensemble.

"Ensemble" ne signifie pas simplement successivement, mais conjointement. L'exemple ci-dessus, relatif au niveau d'éducation, nous rappelle qu'analyser séparément les différents facteurs ou groupes de facteurs constitue une simplification souvent excessive des déterminants des choix thérapeutiques. Nous voyons en effet ici que le niveau d'éducation, facteur

¹ Les études de satisfaction des patients sont de plus en plus fréquentes. Elles restent toutefois peu abondantes pour les pays en voie de développement. Citons par exemple celles de Scarpaci, (1988); de Gilson, Alilio et Heggenhougen (1994); de Fournier et Haddad (1997); de Fournier, Haddad, Machouf Nima [et al.] (1998), de Newman, Gloyd, Nyangezi [et al.] (1998).

prédisposant, est pondéré par la nature de la maladie, facteur de besoins. En fait, un nombre variable, mais souvent important, de facteurs interviennent dans chaque décision thérapeutique. Les étudier séparément constitue une étape nécessaire, mais insuffisante, de l'élucidation des déterminants des choix thérapeutiques. Dans un deuxième temps, nous proposerons donc une approche globale de ces déterminants, au moyen de régressions logistiques.

2. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION COMME DÉTERMINANTS DU COMPORTEMENT DE RECHERCHE DE SOINS

Nous reprenons ici la classification effectuée par Andersen (1968) en facteurs prédisposants, facteurs de réalisation et facteurs de besoins pour examiner l'impact d'un certain nombre de caractéristiques démographiques, sociales, économiques et culturelles des habitants de la sous-préfecture de Ouessè sur leur comportement face à la maladie. Il s'agit donc de définir lesquelles de ces caractéristiques constituent des déterminants de l'utilisation des différents recours thérapeutiques disponibles. Par déterminant, il faut plus entendre une caractéristique du malade ou de son entourage statistiquement liée à un choix thérapeutique, que la cause ou l'une des causes de ce choix. Il n'entre en effet pas dans notre propos d'élucider la chaîne – fort complexe et variable – des étapes et circonstances de la prise de décision dans le processus de gestion de la maladie, qui constituent d'autres types de modèles, comme les *pathway models* (IGUN, 1979; KROEGER, 1983).

Le choix des déterminants potentiels à tester découle d'une revue de la littérature, principalement focalisée sur l'Afrique subsaharienne. Dans la plupart des études, le nombre de variables testées est limité. Leur nature ne varie que peu d'une étude à l'autre. Nous avons donc retenu ce corpus de variables "classiques", auxquelles nous avons adjoint quelques autres, plus originales, comme la possession à la maison d'une "pharmacie de ménage" contenant des remèdes traditionnels et/ou modernes. Certains déterminants potentiels renvoient à une hypothèse implicite, qui serait la conformité de la situation prévalant dans la sous-préfecture de Ouessè avec la tendance générale selon la littérature, d'autres sont retenues dans un but totalement exploratoire, sans préjuger du résultat. L'interprétation du lien entre ces déterminants et le comportement associé n'en est souvent que plus difficile.

Dans un premier temps, nous examinerons donc, en fonction d'un certain nombre de facteurs isolés caractérisant le malade ou le ménage du malade, le type de la première action thérapeutique effectuée après le constat de la maladie (rien fait – du moins jusqu'au moment de l'enquête –, automédication, recours extérieur), le type de remèdes ou la combinaison de remèdes utilisés pour l'automédication (traditionnels uniquement, modernes uniquement, traditionnels et modernes simultanément, traditionnels puis modernes – en poursuivant ou non la prise de remèdes traditionnels –, modernes puis traditionnels – en continuant ou non de prendre des remèdes modernes), le type de recours extérieurs fréquentés (services de santé modernes formels, "infirmiers" informels installés ou itinérants, secouristes ou matrones, tradipraticiens – y compris le seul cas de recours à un devin¹) et finalement le type de recours formels consultés (CCS, CSSP de Ouessè, Hôpital Saint-Martin de Papané, autre hôpital hors de la sous-préfecture de Ouessè). La pertinence statistique de chaque facteur sera globalement vérifiée au moyen du test du χ^2 . L'analyse descendra ensuite souvent à un niveau plus fin, celui des différentes catégories constituant chaque facteur, afin de cerner plus précisément lesquelles traduisent une différence statistiquement significative de comportement.

Cette analyse portera sur les 1'334 épisodes de maladie et de traumatisme recensés auprès des 650 ménages inclus dans l'enquête domiciliaire effectuée en janvier et février 1995 dans treize villages de la sous-préfecture de Ouessè. Les données ainsi recueillies sont beaucoup plus détaillées quant au profil du malade que celles fournies par les registres de santé des services de santé formels. De plus, elles impliquent tous les malades ayant souffert durant le mois écoulé de l'une ou l'autre des treize catégories de pathologies ou traumatismes retenues, quelle que soit

¹ Rappelons qu'aucune visite à une église thérapeutique n'a été enregistrée comme première étape d'un itinéraire thérapeutique.

l'action thérapeutique qui en a découlé, alors que les services de santé n'enregistrent que les besoins exprimés. Les données issues de l'enquête domiciliaire seront toutefois occasionnellement complétées ou mises en regard avec d'autres informations issues des entretiens avec la population et les agents de santé, ainsi que des registres des services de santé.

Vu le nombre relativement faible de deuxième recours (110), nous n'étudierons pas leurs déterminants. Nous verrons cependant dans le quatrième chapitre de cette partie que le premier choix thérapeutique conditionne largement l'éventuel deuxième recours, selon un principe de diversification des ressources sanitaires successivement testées. Tel malade ayant commencé le traitement par de l'automédication consultera alors un CCS, tel autre s'étant directement tourné vers un CCS ira au CSSP ou chez un guérisseur. Les caractéristiques du malade et de sa famille n'auront pourtant pas changé entre-temps. De plus, l'automédication, très majoritaire dans la première étape de l'itinéraire thérapeutique, a disparu de la deuxième¹. On le voit, les déterminants du deuxième recours sont probablement différents de ceux du premier. Nous pensons en outre, à l'exemple de Sturzenegger (*in*: BENOIST, 1997), qu'il est surtout pertinent de vouloir chercher des régularités, donc des déterminants, en début d'itinéraires thérapeutiques:

Tout essai de systématiser les itinéraires thérapeutiques nous place devant l'évidence que si les comportements ont une certaine régularité lors des débuts d'une maladie bénigne, ils la suivent d'autant moins que l'état morbide est grave aux yeux du malade ou de son entourage familial immédiat. Lorsque, à la suite des premiers soins, la maladie persiste, qu'elle s'aggrave ou non, l'éventail des comportements s'ouvre de telle façon que la possibilité de systématiser des itinéraires devient tout à fait illusoire.

a) Les facteurs prédisposants

Rappelons que les facteurs prédisposants sont des caractéristiques sociales et démographiques du malade ou de son entourage immédiat, des opinions sur le système de soins, des croyances et valeurs concernant la santé et la maladie, des connaissances au sujet de la maladie... qui incitent à recourir, en cas de besoin, à un type de soins ou à un service de santé donné. Nous avons retenu les facteurs suivants:

- le sexe du malade;
- l'âge du malade;
- l'âge du chef de ménage;
- l'âge de sa première épouse;
- l'ethnie du ménage;
- la religion du ménage;
- la taille du ménage;
- le nombre d'épouses du chef de ménage;
- la durée de résidence;
- la profession du chef de ménage;
- la profession de sa première épouse;
- la scolarité du chef de ménage;
- la scolarité de sa première épouse;

¹ Rappelons que nous avons considéré comme une seule étape une automédication qui changerait de forme, par exemple lorsque des remèdes modernes remplacent ou viennent compléter des remèdes traditionnels. Par définition, il n'y a donc jamais deux étapes successives d'automédication. Par contre, l'automédication peut, cas très rare, réapparaître après un recours extérieur.

- le statut scolaire des garçons et des filles du ménage;
- la disponibilité d’une “pharmacie de ménage” contenant des remèdes traditionnels;
- la disponibilité d’une “pharmacie de ménage” contenant des médicaments modernes;
- les visites antérieures à différents types de services de santé (services de santé formels, privés, guérisseurs, devins);
- le sexe du répondant (plus pour contrôler un éventuel biais que comme déterminant des recours).

Le sexe du malade

Parmi les facteurs prédisposants, le sexe, mais aussi l’âge du malade, sont sans doute les plus étudiés (KROEGER, 1983), en raison de la facilité à obtenir ces données, mais aussi et surtout de l’impact souvent important de ces caractéristiques sur la décision de consulter ou non et sur le choix d’un type de recours. Ces caractéristiques démographiques étant de plus immuables, le principe de justice sociale voudrait que, à besoins égaux, chaque catégorie de sexe et d’âge bénéficie de la même attention. Dans un contexte de ressources sanitaires et financières rares, il est cependant bien clair que des choix, souvent pénibles, sont nécessaires. Il appartient à chaque société, à chaque famille et ménage d’effectuer ces choix, qui ne vont que rarement dans le sens d’un égalitarisme absolu.

De fait, de nombreux articles, concernant souvent l’Asie du Sud-Est, mais la question semble moins étudiée ailleurs notamment en Afrique, décrivent les différences sexuelles d’état de santé, parfois en se focalisant sur les enfants (SABIR, 1984; KOENIG et D’SOUZA, 1986; SOMAN, 1991). Les besoins de santé réels des femmes adultes sont universellement supérieurs à ceux des hommes (CLEARY et MECHANIC, 1982; OKOJIE, 1994; VLASSOFF, 1994; ZAIDI, 1996). Mais les différences biologiques ne sont pas seules en cause. Une littérature de plus en plus abondante insiste sur les causes de la surmortalité et de la surmorbidity des filles et des femmes dans plusieurs pays en voie de développement, dont un moindre accès aux services de santé curatifs et préventifs (DAS GUPTA, 1987; LEVINE, 1987; OJANUGA et GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992; SANTOW, 1995; GJSBERS, VAN VLIET et KOLK, 1996). Stock (1983) a mesuré que l’accessibilité des femmes du Nord-Nigeria aux services de santé est inférieure à celle des hommes: le taux d’utilisation des femmes y diminue plus rapidement avec l’augmentation de la distance que celui des hommes. Dans un quartier de Cotonou, la proportion de femmes adultes effectuant directement un recours extérieur en cas de maladie est par contre un peu supérieure à celle des hommes (respectivement 29 % et 22 %; BOULLOUDANI, 1996).

Dans la sous-préfecture de Ouessè, nous ne constatons globalement aucune différence significative ($p = 0,094$) de première action thérapeutique selon le sexe (cf. Tableau 121). La situation se présente cependant autrement lorsque l’on oppose l’inaction face à la maladie à toutes les formes de recours thérapeutiques confondues. En effet, les femmes sont proportionnellement presque 1,8 fois plus nombreuses que les hommes à ne rien faire en cas de maladie (respectivement 4,4 % et 2,5 %). Cette différence est tout juste statistiquement significative ($p = 0,048$). Par contre, elles pratiquent l’automédication proportionnellement aussi souvent que les hommes, alors qu’elles recourent un peu moins souvent qu’eux aux spécialistes de la santé (25,4 % contre 28,1 %). Cette différence n’est cependant pas statistiquement significative.

Ainsi, on peut conclure que, d’un sexe à l’autre, il y a peu de différence dans la structure des premières actions thérapeutiques. Hommes et femmes jouissent d’un accès presque égal aux spécialistes de la santé, tous types confondus. La plus grande propension des femmes à ne rien

faire en cas de maladie dénote cependant une certaine fragilité de leur part quant à la prise en charge individuelle et familiale de la maladie.

Tableau 121 Première action thérapeutique en fonction des facteurs prédisposants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Rien fait		Automédication		Recours ext.		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe malade p = 0,094	Femme	25	4.4	396	70.2	143	25.4	564	100.0
	Homme	19	2.5	534	69.4	216	28.1	769	100.0
Age malade p = 0,0001 si ad. -->-- enf.	< 1 an	0	0.0	53	58.2	38	41.8	91	100.0
	1 à 4 ans	7	2.5	185	66.1	88	31.4	280	100.0
	5 à 14 ans	5	1.7	200	67.8	90	30.5	295	100.0
	Total enfants	12	1.8	438	65.8	216	32.4	666	100.0
	15 à 40 ans	15	3.6	307	74.5	90	21.8	412	100.0
	41 à 60 ans	7	4.3	124	75.6	33	20.1	164	100.0
	> 60 ans	10	11.2	58	65.2	21	23.6	89	100.0
	Total adultes	32	4.8	489	73.5	144	21.7	665	100.0
Age du chef de ménage p = 0,159	20 à 29 ans	6	3.8	101	64.3	50	31.8	157	100.0
	30 à 39 ans	7	2.2	213	67.4	96	30.4	316	100.0
	40 à 49 ans	9	2.9	211	68.5	88	28.6	308	100.0
	50 à 59 ans	8	4.5	125	69.8	46	25.7	179	100.0
	60 à 69 ans	4	2.2	129	72.5	45	25.3	178	100.0
	70 à 79 ans	6	5.0	90	75.0	24	20.0	120	100.0
	80 ans et plus	4	5.5	58	79.5	11	15.1	73	100.0
Age première épouse chef de ménage p = 0,078	14 à 19 ans	2	5.7	24	68.6	9	25.7	35	100.0
	20 à 29 ans	12	3.0	267	66.4	123	30.6	402	100.0
	30 à 39 ans	9	2.3	263	66.6	123	31.1	395	100.0
	40 à 49 ans	7	3.5	149	74.5	44	22.0	200	100.0
	50 à 59 ans	5	3.4	117	79.1	26	17.6	148	100.0
	60 à 69 ans	2	3.6	40	71.4	14	25.0	56	100.0
	70 ans et plus	0	0.0	11	91.7	1	8.3	12	100.0
Ethnie p = 0,0001	<i>Mahi</i>	8	1.9	270	63.7	146	34.4	424	100.0
	<i>Nagot</i>	19	4.3	338	75.6	90	20.1	447	100.0
	<i>Peul</i>	12	15.6	52	67.5	13	16.9	77	100.0
	Ethnies Atacora	3	2.5	70	58.3	47	39.2	120	100.0
	Autres ethnies	2	0.8	200	75.2	64	24.1	266	100.0
Religion	Rel. tradition.	12	4.0	194	65.1	92	30.9	298	100.0
	Cath. + prot.	18	2.9	462	74.9	137	22.2	617	100.0
	Sectes chr. afr.	5	3.9	70	55.1	52	40.9	127	100.0

p = 0,0001	Sectes chr. occ.	1	5.0	5	25.0	14	70.0	20	100.0
	Islam	7	3.0	165	69.9	64	27.1	236	100.0
	Sans	1	3.0	31	93.9	1	3.0	33	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Rien fait		Automédication		Recours ext.		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Taille du ménage p = 0,0004	1 à 3	10	13.3	47	62.7	18	24.0	75	100.0
	4 à 6	16	4.6	236	68.0	95	27.4	347	100.0
	7 à 9	3	0.9	255	75.2	81	23.9	339	100.0
	10 à 12	7	2.7	174	66.9	79	30.4	260	100.0
	13 à 15	4	2.4	116	68.6	49	29.0	169	100.0
	16 à 18	2	3.2	43	68.3	18	28.6	63	100.0
	19 à 24	2	3.8	40	75.5	11	20.8	53	100.0
	25 à 30	0	0.0	19	67.9	9	32.1	28	100.0
N épouses p = 0,155	0	1	4.3	19	82.6	3	13.0	23	100.0
	1	29	4.3	470	69.6	176	26.1	675	100.0
	2	8	1.8	306	69.1	129	29.1	443	100.0
	3	1	0.9	77	72.6	28	26.4	106	100.0
	4 ou 5	0	0.0	23	76.7	7	23.3	30	100.0
Durée de résidence p = 0,039	< 1 an	0	0.0	14	53.8	12	46.2	26	100.0
	1 à 5 ans	3	2.3	88	67.2	40	30.5	131	100.0
	6 à 10 ans	5	4.4	66	58.4	42	37.2	113	100.0
	> 10 ans	5	2.4	145	70.7	55	26.8	205	100.0
	Toujours	31	3.6	614	71.7	211	24.6	856	100.0
Profession chef ménage p = 0,007	Agriculteur	36	3.2	806	71.2	290	25.6	1132	100.0
	Commerçant	5	8.9	31	55.4	20	35.7	56	100.0
	Artisan	2	2.0	60	60.0	38	38.0	100	100.0
	Fonctionnaire	0	0.0	30	71.4	12	28.6	42	100.0
Profession 1ère épouse chef ménage p = 0,003	Ménagère	4	15.4	14	53.8	8	30.8	26	100.0
	Agricultrice	22	2.4	652	69.9	259	27.8	933	100.0
	Commerçante	6	2.8	155	71.1	57	26.1	218	100.0
	Artisane	5	7.1	49	70.0	16	22.9	70	100.0
	Fonctionnaire	0	0.0	6	100.0	0	0.0	6	100.0
Nombre années école chef ménage p = 0,215	Aucune	35	3.6	687	71.2	243	25.2	965	100.0
	1 à 4 ans	4	3.5	82	71.9	28	24.6	114	100.0
	5 à 6 ans	4	3.7	67	61.5	38	34.9	109	100.0
	7 à 10 ans	1	1.1	56	62.9	32	36.0	89	100.0
	11 à 13 ans	0	0.0	34	69.4	15	30.6	49	100.0
	Plus de 13 ans	0	0.0	4	57.1	3	42.9	7	100.0
Nombre années école	Aucune	34	3.0	805	70.4	304	26.6	1143	100.0
	1 à 4 ans	2	3.3	36	60.0	22	36.7	60	100.0

1ère épouse p = 0,483	5 et 6 ans	2	6.7	21	70.0	7	23.3	30	100.0
	Plus de 6 ans	0	0.0	14	66.7	7	33.3	21	100.0
Scolar. tous enf. en âge p = 0,081	Non	13	2.7	329	68.7	137	28.6	479	100.0
	Oui	13	2.6	347	69.0	143	28.4	503	100.0
	Sans enf. en âge	18	5.1	252	72.0	80	22.9	350	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Rien fait		Automédication		Recours ext.		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Scol. toutes filles en âge p = 0,009	Non	13	3.3	267	67.9	113	28.8	393	100.0
	Oui	8	2.5	203	64.0	106	33.4	317	100.0
	Sans fille en âge	23	3.7	453	73.7	139	22.6	615	100.0
Scolar. tous garç. en âge p = 0,05	Non	7	2.3	199	65.7	97	32.0	303	100.0
	Oui	15	2.7	400	70.8	150	26.5	565	100.0
	Sans garç. en âge	22	4.7	329	70.9	113	24.4	464	100.0
Possède rem. mod. maison	Non	37	4.0	629	67.9	261	28.2	927	100.0
	Oui p = 0,025	7	1.7	298	73.9	98	24.3	403	100.0
Possède rem. trad. maison	Non	32	4.0	521	65.3	245	30.7	798	100.0
	Oui p = 0,0001	12	2.3	406	76.3	114	21.4	532	100.0
Sexe du répondant p = 0,058	Homme	29	3.4	597	69.7	231	27.0	857	100.0
	Femme	7	2.7	163	63.9	85	33.3	255	100.0
	Homme + femme	7	3.9	137	75.7	37	20.4	181	100.0
Déjà visité des services de santé formels p = 0,0001	Aucun	2	4.5	40	90.9	2	4.5	44	100.0
	1 type	8	3.0	205	76.5	55	20.5	268	100.0
	2 types	22	4.4	347	69.3	132	26.3	501	100.0
	3 types	9	2.2	252	62.5	142	35.2	403	100.0
	4 types	3	2.5	86	72.9	29	24.6	118	100.0
Déjà visité inf.priv./itin. p = 0,053	Aucun	31	3.4	649	71.2	231	25.4	911	100.0
	Privé ou itinérant	10	2.8	247	68.6	103	28.6	360	100.0
	Privé et itinérant	3	4.8	34	54.0	26	41.3	63	100.0
Déjà visité guéris/devin p = 0,0006	Aucun	30	4.4	438	64.5	211	31.1	679	100.0
	Guér. ou devin	9	2.3	292	74.3	92	23.4	393	100.0
	Guér. et devin	5	1.9	200	76.3	57	21.8	262	100.0
Visité église p = 0,0002	Non	34	3.0	827	71.8	291	25.3	1152	100.0
	Oui	10	5.5	103	56.6	69	37.9	182	100.0

N. B. p est la probabilité, selon le test du χ^2 , que les différences relevées entre les trois actions thérapeutiques soient dues au hasard plutôt qu'aux facteurs testés.

On se souvient que l'étude, à partir des registres de santé, du taux d'utilisation des services de santé formels selon le sexe débouchait sur la même conclusion: les femmes utilisent globalement autant ces services que les hommes, avec un taux d'utilisation d'environ 32 % pour les premières en 1992 et 1993 et de 31 % pour les seconds, mais respectivement de 29 % et 33,8 % en 1994. A supposer que les besoins en soins de santé des uns et des autres soient égaux, cela implique encore une fois un accès identique aux services de santé formels. Cette égalité des besoins est toutefois fortement remise en cause. Il est en effet communément admis (cf. ci-dessus) que, d'une manière générale et universelle, les besoins en soins de santé des femmes sont supérieurs à ceux des hommes, même lorsque l'on exclut les soins liés à la grossesse et à l'accouchement. Pourtant, si l'on se base sur notre échantillon, on constate très nettement la situation inverse. Durant le mois précédant l'enquête et pour les treize catégories de maladie investiguées, le nombre de cas rapportés est de 294 pour 1'000 hommes contre seulement 206 pour 1'000 femmes (cf. partie V, chap. 1c). Cette différence est statistiquement très significative ($p = 0,0001$). Elle est même si importante que se pose la question de la sous-notification des maladies pour les femmes (cf. partie V, chap. 1c). S'il n'y a pas de sous-notification et si l'on considère que l'utilisation est la preuve de l'accès (DONABEDIAN, 1973), on pourrait alors conclure à un accès des femmes aux services de santé formels supérieur à celui des hommes, puisqu'elles les utilisent quasi autant qu'eux, selon les registres de santé, tout en étant nettement moins souvent malades, selon l'enquête domiciliaire. Il convient toutefois d'être prudent dans la mise en regard de ces deux sources d'information, puisque l'enquête montre que la probabilité d'un recours extérieur en cas de maladie est plutôt inférieure pour les femmes.

En cas d'automédication, le type de remèdes ou de combinaisons de remèdes retenus pour la première étape de l'itinéraire thérapeutique n'est globalement pas différent selon le sexe ($p = 0,377$). Le Tableau 122 indique en effet que les femmes sont proportionnellement un peu moins nombreuses que les hommes à utiliser uniquement des remèdes traditionnels (27,7 % contre 31,5 %), alors qu'elles sont plus nombreuses qu'eux à recourir aux seuls remèdes modernes (respectivement 44,6 % et 38,6 %). Cette différence n'est cependant pas significative d'un point de vue statistique ($p = 0,087$); pas plus que ne l'est la différence d'utilisation de remèdes traditionnels seuls opposés aux quatre autres catégories impliquant des remèdes modernes ($p = 0,207$) ou encore celle d'utilisation de remèdes modernes seuls par opposition aux catégories comprenant des remèdes traditionnels ($p = 0,067$). Les femmes sont presque aussi nombreuses que les hommes à avoir utilisé l'une ou l'autre forme de combinaisons de remèdes traditionnels et modernes (27,7 % contre 29,9 %).

Comme l'indique le Tableau 123, le sexe du malade n'est pas associé au type de premiers recours extérieurs choisis ($p = 0,898$). Ce résultat se démarque de ce qui a souvent été observé ailleurs en Afrique subsaharienne, où l'on assiste à une utilisation différenciée selon le sexe du malade des recours extérieurs.

Lors de l'étude des registres de santé des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè, nous avons relevé une certaine propension des femmes à préférer plus que les hommes les services de rang élevé. L'enquête domiciliaire ne décèle par contre aucune différence sexuelle statistiquement significative (cf. Tableau 124) dans le choix d'un service de santé formel ($p = 0,691$). Les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture attirent moins les femmes que les hommes (respectivement 3,1 % et 5,7 % des premiers recours formel, après automédication ou non). Mais le nombre de cas impliqués reste faible (5 femmes et 13 hommes) et cette différence n'est pas significative d'un point de vue statistique, bien quelle soit probablement pertinente.

Au terme de cette analyse selon le sexe des divers premiers choix thérapeutiques nécessités par l'irruption de la maladie, une conclusion s'impose: dans la sous-préfecture de

Ouessè, le sexe du malade ne joue aucun rôle significatif dans l'ensemble de ces choix, si ce n'est celui de n'entreprendre aucune action thérapeutique. Ce dernier cas de figure reste cependant assez marginal, puisqu'il implique moins de 5 % des femmes malades. Cette conclusion est d'autant plus remarquable qu'une abondante littérature relève au contraire que les femmes des pays en voie de développement pâtissent d'un accès aux soins plus limité que les hommes.

Tableau 122 Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs prédisposants (source: enquête domiciliaire, 1995).

		RT		RM		RT+RM		RT->RM		RM->RT		Total	
Facteurs	Catégories	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe malade p = 0,377	Femme	110	27.7	177	44.6	11	2.8	64	16.1	35	8.8	397	100.0
	Homme	169	31.5	207	38.6	20	3.7	85	15.9	55	10.3	536	100.0
Age malade p = 0,367 et p = 0,361 si ad. ---<--- enf.	< 1 an	20	37.0	18	33.3	2	3.7	10	18.5	4	7.4	54	100.0
	1 à 4 ans	55	29.7	84	45.4	6	3.2	28	15.1	12	6.5	185	100.0
	5 à 14 ans	49	24.4	89	44.3	4	2.0	37	18.4	22	10.9	201	100.0
	Total enfants	124	28.2	191	43.4	12	2.7	75	17.0	38	8.6	440	100.0
	15 à 40 ans	90	29.2	118	38.3	13	4.2	52	16.9	35	11.4	308	100.0
	41 à 60 ans	38	30.6	56	45.2	5	4.0	14	11.3	11	8.9	124	100.0
	> 60 ans	26	44.8	18	31.0	1	1.7	7	12.1	6	10.3	58	100.0
	Total adultes	154	31.4	192	39.2	19	3.9	73	14.9	52	10.6	490	100.0
Age du chef de ménage p = 0,009	20 à 29 ans	25	24.8	53	52.5	0	0.0	12	11.9	11	10.9	101	100.0
	30 à 39 ans	74	34.4	85	39.5	14	6.5	20	9.3	22	10.2	215	100.0
	40 à 49 ans	60	28.4	83	39.3	5	2.4	47	22.3	16	7.6	211	100.0
	50 à 59 ans	32	25.4	52	41.3	7	5.6	22	17.5	13	10.3	126	100.0
	60 à 69 ans	41	31.8	55	42.6	3	2.3	15	11.6	15	11.6	129	100.0
	70 à 79 ans	30	33.3	30	33.3	2	2.2	21	23.3	7	7.8	90	100.0
	80 ans et plus	17	29.3	26	44.8	0	0.0	9	15.5	6	10.3	58	100.0
Age première épouse chef de ménage p = 0,934	14 à 19 ans	6	25.0	11	45.8	0	0.0	5	20.8	2	8.3	24	100.0
	20 à 29 ans	84	31.3	108	40.3	10	3.7	40	14.9	26	9.7	268	100.0
	30 à 39 ans	81	30.7	112	42.4	9	3.4	37	14.0	25	9.5	264	100.0
	40 à 49 ans	49	32.7	59	39.3	7	4.7	22	14.7	13	8.7	150	100.0
	50 à 59 ans	37	31.6	41	35.0	4	3.4	25	21.4	10	8.5	117	100.0
	60 à 69 ans	15	37.5	14	35.0	0	0.0	8	20.0	3	7.5	40	100.0
	70 ans et plus	2	18.2	4	36.4	0	0.0	2	18.2	3	27.3	11	100.0
Ethnie p = 0,0001	<i>Mahi</i>	71	26.1	126	46.3	12	4.4	35	12.9	28	10.3	272	100.0
	<i>Nagot</i>	110	32.5	111	32.8	9	2.7	72	21.3	36	10.7	338	100.0
	<i>Peul</i>	23	44.2	22	42.3	3	5.8	2	3.8	2	3.8	52	100.0
	Ethnies Atacora	20	28.6	43	61.4	0	0.0	2	2.9	5	7.1	70	100.0
	Autres ethnies	55	27.4	82	40.8	7	3.5	38	18.9	19	9.5	201	100.0
Religion p = 0,0001	Rel. tradition.	53	27.2	84	43.1	5	2.6	37	19.0	16	8.2	195	100.0
	Cath. + prot.	131	28.2	175	37.7	17	3.7	89	19.2	52	11.2	464	100.0
	Sectes chr. afr.	8	11.4	50	71.4	1	1.4	5	7.1	6	8.6	70	100.0
	Sectes chr. occ.	0	0.0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0

	Islam	68 41.2	62 37.6	8 4.8	13 7.9	14 8.5	165 100.0
	Sans	16 51.6	8 25.8	0 0.0	5 16.1	2 6.5	31 100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	RT		RM		RT+RM		RT->RM		RM->RT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Taille du ménage p = 0,0001	1 à 3	12	25.5	26	55.3	0	0.0	1	2.1	8	17.0	47	100.0
	4 à 6	68	28.8	111	47.0	17	7.2	17	7.2	23	9.7	236	100.0
	7 à 9	77	30.1	97	37.9	2	0.8	53	20.7	27	10.5	256	100.0
	10 à 12	56	32.0	73	41.7	6	3.4	27	15.4	13	7.4	175	100.0
	13 à 15	33	28.4	48	41.4	4	3.4	25	21.6	6	5.2	116	100.0
	16 à 21	21	31.3	20	29.9	2	3.0	17	25.4	7	10.4	67	100.0
	22 à 31	12	33.3	9	25.0	0	0.0	9	25.0	6	16.7	36	100.0
N épouses p = 0,044	0	2	10.5	13	68.4	1	5.3	0	0.0	3	15.8	19	100.0
	1	137	29.1	191	40.6	17	3.6	77	16.3	49	10.4	471	100.0
	2	94	30.7	119	38.9	9	2.9	52	17.0	32	10.5	306	100.0
	3	34	43.6	32	41.0	3	3.8	7	9.0	2	2.6	78	100.0
	4 ou 5	9	37.5	8	33.3	1	4.2	6	25.0	0	0.0	24	100.0
Durée de résidence p = 0,002	< 1 an	3	21.4	6	42.9	0	0.0	1	7.1	4	28.6	14	100.0
	1 à 5 ans	19	21.6	49	55.7	1	1.1	11	12.5	8	9.1	88	100.0
	6 à 10 ans	20	30.3	35	53.0	5	7.6	3	4.5	3	4.5	66	100.0
	> 10 ans	42	28.8	67	45.9	6	4.1	19	13.0	12	8.2	146	100.0
	Toujours	194	31.5	226	36.7	19	3.1	115	18.7	62	10.1	616	100.0
Profession chef ménage p = 0,0007	Agriculteur	250	30.9	328	40.5	26	3.2	133	16.4	72	8.9	809	100.0
	Commerçant	6	19.4	18	58.1	0	0.0	4	12.9	3	9.7	31	100.0
	Artisan	18	30.0	25	41.7	0	0.0	10	16.7	7	11.7	60	100.0
	Fonctionnaire	4	13.3	12	40.0	5	16.7	2	6.7	7	23.3	30	100.0
Profession 1ère épouse chef ménage p = 0,002	Ménagère	1	7.1	8	57.1	2	14.3	0	0.0	3	21.4	14	100.0
	Agricultrice	193	29.5	265	40.5	20	3.1	122	18.6	55	8.4	655	100.0
	Commerçante	61	39.4	61	39.4	5	3.2	13	8.4	15	9.7	155	100.0
	Artisane	18	36.7	13	26.5	3	6.1	7	14.3	8	16.3	49	100.0
	Fonctionnaire	1	16.7	3	50.0	0	0.0	0	0.0	2	33.3	6	100.0
Nombre années école chef ménage p = 0,0001	Aucune	194	28.2	292	42.4	18	2.6	120	17.4	64	9.3	688	100.0
	1 à 4 ans	34	41.0	28	33.7	1	1.2	9	10.8	11	13.3	83	100.0
	5 à 6 ans	24	35.8	26	38.8	0	0.0	13	19.4	4	6.0	67	100.0
	7 à 10 ans	20	35.1	24	42.1	6	10.5	3	5.3	4	7.0	57	100.0
	11 à 13 ans	6	17.6	13	38.2	4	11.8	4	11.8	7	20.6	34	100.0
	plus de 13 ans	1	25.0	1	25.0	2	50.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Nombre années école 1ère épouse	aucune	251	31.1	329	40.8	24	3.0	130	16.1	73	9.0	807	100.0
	1 à 4 ans	8	22.2	13	36.1	0	0.0	9	25.0	6	16.7	36	100.0
	5 ans et plus	10	45.5	7	31.8	1	4.5	2	9.1	2	9.1	22	100.0

p = 0,0001	Plus de 6 ans	5 35.7	1 7.1	5 35.7	1 7.1	2 14.3	14 100.0
Scolar. tous	Non	88 26.7	138 41.8	13 3.9	58 17.6	33 10.0	330 100.0
enf. en âge	Oui	119 34.1	133 38.1	5 1.4	60 17.2	32 9.2	349 100.0
p = 0,064	Sans enf. en âge	71 28.2	112 44.4	13 5.2	31 12.3	25 9.9	252 100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	RT		RM		RT+RM		RT->RM		RM->RT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possède rem. mod. maison	Non	191	30.3	259	41.1	23	3.7	95	15.1	62	9.8	630	100.0
	Oui p = 0,734	85	28.3	125	41.7	8	2.7	54	18.0	28	9.3	300	100.0
Possède rem. trad. maison	Non	117	22.4	282	53.9	19	3.6	60	11.5	45	8.6	523	100.0
	Oui p = 0,0001	159	39.1	102	25.1	12	2.9	89	21.9	45	11.1	407	100.0
Sexe du répondant p = 0,172	Homme	192	32.1	230	38.5	17	2.8	96	16.1	63	10.5	598	100.0
	Femme	38	23.0	77	46.7	9	5.5	25	15.2	16	9.7	165	100.0
	Homme + femme	38	27.7	64	46.7	5	3.6	21	15.3	9	6.6	137	100.0
Déjà visité des services de santé formels p = 0,051	Aucun	13	32.5	19	47.5	0	0.0	4	10.0	4	10.0	40	100.0
	1 type	55	26.8	77	37.6	9	4.4	43	21.0	21	10.2	205	100.0
	2 types	124	35.6	123	35.3	11	3.2	51	14.7	39	11.2	348	100.0
	3 types	62	24.4	124	48.8	7	2.8	41	16.1	20	7.9	254	100.0
	4 types	25	29.1	41	47.7	4	4.7	10	11.6	6	7.0	86	100.0
Déjà visité inf.priv./itin. p = 0,134	Aucun	202	31.1	263	40.5	20	3.1	112	17.2	53	8.2	650	100.0
	Privé ou itinérant	67	26.9	107	43.0	10	4.0	35	14.1	30	12.0	249	100.0
	Privé et itinérant	10	29.4	14	41.2	1	2.9	2	5.9	7	20.6	34	100.0
Déjà visité guéris./devin p = 0,0001	Aucun	113	25.6	222	50.3	13	2.9	54	12.2	39	8.8	441	100.0
	Guér. ou devin	97	33.2	86	29.5	13	4.5	64	21.9	32	11.0	292	100.0
	Guér. et devin	69	34.5	76	38.0	5	2.5	31	15.5	19	9.5	200	100.0
Visité église p = 0,025	Non	256	30.8	328	39.5	29	3.5	139	16.7	78	9.4	830	100.0
	Oui	23	22.3	56	54.4	2	1.9	10	9.7	12	11.7	103	100.0

Légende RT = remèdes traditionnels uniquement, RM = remèdes modernes uniquement, RT+RM = remèdes traditionnels et modernes pris simultanément dès le début, RT->RM = remèdes traditionnels puis modernes (adjonction ou substitution), RM->RT = remèdes modernes puis traditionnels (adjonction ou substitution).

N. B. p est la probabilité, selon le test du χ^2 , que les différences d'utilisation relevées entre les cinq types d'automédication soient dues au hasard plutôt qu'aux facteurs testés.

L'âge du malade

Plusieurs études se sont penchées sur l'état de santé de diverses populations des pays en voie de développement, notamment les enfants, en relation avec leur utilisation des services de santé (GABRIEL, 1994). L'âge du malade a été testé dans la plupart des études des déterminants du recours aux soins. Beaucoup d'entre elles concluent que l'âge joue effectivement un rôle dans les choix thérapeutiques. Mais cette influence n'est pas univoque. Dans les contextes thérapeutiques pluralistes, il semble toutefois se dégager une tendance à l'utilisation préférentielle des soins modernes pour les enfants, surtout les plus jeunes d'entre eux (WOLFFERS, 1988, au Sri Lanka), alors que les adultes, particulièrement les plus âgés, recourent davantage aux thérapeutes traditionnels. Au Kenya, Good (1987) observe bien que les adultes

constituent 95 % des patients des guérisseurs traditionnels. Cependant, la plupart de ces patients ont entre 20 et 40 ans. Mais il existe aussi des exemples, en Inde du Nord, dans le Nigeria rural et en Ethiopie rurale où les enfants constituent une clientèle importante pour les guérisseurs traditionnels (KROEGER, 1983b).

D'autres études insistent sur l'importance de l'âge dans le choix entre l'automédication et un recours spécialisé. A Pikine près de Dakar, par exemple, les mères pratiquent proportionnellement plus souvent que leurs enfants l'automédication comme première action thérapeutique et ne se rendent dans un service de santé souvent qu'après l'échec de cette dernière. Leurs recours extérieurs sont donc plus rares, mais s'effectuent moins systématiquement dans le service le plus proche, généralement du plus bas niveau (SALEM, CEUNINCK, MUREBWAYIRE [*et al.*], 1994). A Cotonou, la proportion de malades effectuant directement un recours extérieur est maximale pour les enfants de moins de 5 ans. Elle atteint son minimum pour les 15 à 24 ans, puis augmente pour se stabiliser dès la quarantaine (BOULLOUDANI, 1996). En Sierra Leone au contraire, le taux de consultation augmente avec l'âge chez les enfants de moins de 5 ans, doublant presque entre les moins d'un an et les 3 à 5 ans (GESLER et GAGE, 1987). Au Ghana, le recours aux thérapeutes modernes augmente avec l'âge, au détriment de l'automédication (BELCHER, WURAPA et LOURIE, 1976). A Cotonou, les enfants fréquentent significativement plus souvent les centres de santé publics que les cabinets et cliniques privés (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998).

Dans la sous-préfecture de Ouessè, l'âge du malade¹ influence très fortement le type de premières actions thérapeutiques retenues ($p = 0,0001$). Cela est aussi vrai lorsque l'on oppose successivement chacun des trois types d'actions thérapeutiques aux deux autres. Cela reste encore vrai lorsque l'on oppose globalement les enfants (moins de 15 ans) aux adultes ($p = 0,0001$). Les enfants sont proportionnellement moins nombreux que les adultes à n'entreprendre aucun traitement (1,8 % contre 4,8 %, $p = 0,002$), moins nombreux à s'adonner à l'automédication (65,8 % contre 73,5 %, $p = 0,002$) et plus nombreux à recourir immédiatement à un spécialiste de la santé (32,4 % contre 21,7 %, $p = 0,0001$).

Des différences sont de plus à relever aussi bien entre les trois catégories d'âge des enfants, qu'entre celles des adultes. Quelques unes d'entre elles sont significatives. Ainsi, les enfants de moins d'un an sont nettement plus souvent dirigés vers un recours extérieur que ceux de plus d'un an (41,8 % contre 31 %, $p = 0,0001$). De plus, ils ne sont jamais laissés sans traitement, alors que c'est le cas de 2,1 % des enfants de plus d'un an (différence non significative), et ils pratiquent moins souvent l'automédication qu'eux (58,2 contre 67 %, différence non significative). Selon cette enquête, les enfants de moins d'un an bénéficient donc d'un traitement privilégié par rapport à leurs aînés. Cela concorde bien avec le discours que nous ont tenus de nombreux parents. Ce dernier peut se résumer de la sorte:

Nous ne savons pas comment les bébés réagissent à la maladie, car nous n'avons pas encore l'expérience de la maladie avec eux; c'est pourquoi nous allons directement consulter lorsque c'est la première fois qu'un enfant souffre d'une maladie inconnue pour lui.

Le type de premières actions thérapeutiques est lui aussi significativement différent selon l'âge des adultes ($p = 0,037$). Ces derniers sont d'autant plus enclins à ne rien faire qu'ils sont plus âgés (3,6 % pour les personnes de 15 à 40 ans, 4,3 % pour celles de 41 à 60 ans et 11,2 % des plus de 60 ans, $p = 0,009$). L'âge charnière se situe donc vers 60 ans. Au-dessous de cet âge, les adultes restent rarement inactifs face à la maladie – moins rarement toutefois que les enfants –; au-dessus de cet âge, la fréquence de l'inaction augmente fortement, tout en restant un comportement relativement marginal. Cette augmentation de l'inaction thérapeutique au-delà d'un certain âge correspond partiellement à celle des maladies chroniques, telles que les hernies,

¹ Six catégories d'âge: moins d'un an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 40 ans, 41 à 60 ans, plus de 60 ans.

les rhumatismes et certaines affections respiratoires (au total 5 cas sur 10). Il s'agit donc autant de malades ayant renoncé, plus ou moins définitivement, à traiter une maladie ancienne et rebelle à de nombreux traitements antérieurs, que de personnes n'essayant pas du tout de traiter une nouvelle maladie, notamment parce qu'on la considère comme bénigne. Les adultes de 60 ans et moins sont

Tableau 123 Type de premiers recours extérieurs utilisés (après automédication ou non), selon les facteurs prédisposants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Méd.-inf.		Privé+itin.		Secouriste		Guérisseur		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe malade p = 0,898	Femme	160	88.9	11	6.1	5	2.8	4	2.2	180	100.0
	Homme	227	86.6	18	6.9	9	3.4	8	3.1	262	100.0
Age malade p = 0,004 et p = 0,088 si ad. —<— enf.	< 1 an	41	93.2	2	4.5	1	2.3	0	0.0	44	100.0
	1 à 4 ans	91	89.2	5	4.9	6	5.9	0	0.0	102	100.0
	5 à 14 ans	92	86.0	9	8.4	3	2.8	3	2.8	107	100.0
	Total enfants	224	88.5	16	6.3	10	4.0	3	1.2	253	100.0
	15 à 40 ans	106	89.8	5	4.2	1	0.8	6	5.1	118	100.0
	41 à 60 ans	39	84.8	2	4.3	2	4.3	3	6.5	46	100.0
	> 60 ans	17	68.0	7	28.0	1	4.0	0	0.0	25	100.0
	Total adultes	162	85.7	14	7.4	4	2.1	9	4.8	189	100.0
Age du chef de ménage p = 0,014	20 à 29 ans	55	90.2	4	6.6	0	0.0	2	3.3	61	100.0
	30 à 39 ans	100	91.7	2	1.8	5	4.6	2	1.8	109	100.0
	40 à 49 ans	92	86.0	11	10.3	3	2.8	1	0.9	107	100.0
	50 à 59 ans	45	80.4	2	3.6	5	8.9	4	7.1	56	100.0
	60 à 69 ans	57	90.5	3	4.8	1	1.6	2	3.2	63	100.0
	70 à 79 ans	25	80.6	5	16.1	0	0.0	1	3.2	31	100.0
	80 ans et plus	10	76.9	3	23.1	0	0.0	0	0.0	13	100.0
Age première épouse chef de ménage p = 0,176	14 à 19 ans	12	92.3	0	0.0	0	0.0	1	7.7	13	100.0
	20 à 29 ans	129	90.8	7	4.9	4	2.8	2	1.4	142	100.0
	30 à 39 ans	128	86.5	12	8.1	4	2.7	4	2.7	148	100.0
	40 à 49 ans	40	74.1	5	9.3	5	9.3	4	7.4	54	100.0
	50 à 59 ans	34	87.2	4	10.3	0	0.0	1	2.6	39	100.0
	60 ans et plus	17	89.5	2	10.5	0	0.0	0	0.0	19	100.0
Ethnie p = 0,0002	<i>Mahi</i>	164	90.6	11	6.1	0	0.0	6	3.3	181	100.0
	<i>Nagot</i>	92	78.6	8	6.8	13	11.1	4	3.4	117	100.0
	<i>Peul</i>	12	85.7	2	14.3	0	0.0	0	0.0	14	100.0
	Ethnies Atacora	44	89.8	4	8.2	1	2.0	0	0.0	49	100.0
	Autres ethnies	75	91.5	5	6.1	0	0.0	2	2.4	82	100.0
	Rel. tradition.	104	87.4	12	10.1	0	0.0	3	2.5	119	100.0

Religion p = 0,027	Cath. + prot.	152	87.4	7	4.0	8	4.6	7	4.0	174	100.0
	Sectes chr. afr.	48	88.9	6	11.1	0	0.0	0	0.0	54	100.0
	Sectes chr. occ.	12	85.7	0	0.0	2	14.3	0	0.0	14	100.0
	Islam	65	86.7	5	6.7	4	5.3	1	1.3	75	100.0
	Sans	6	85.7	0	0.0	0	0.0	1	14.3	7	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Méd.-inf.		Privé+itin.		Secouriste		Guérisseur		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Taille du ménage p = 0,054	1 à 3	18	78.3	4	17.4	0	0.0	1	4.3	23	100.0
	4 à 6	108	94.7	1	0.9	3	2.6	2	1.8	114	100.0
	7 à 9	77	78.6	11	11.2	6	6.1	4	4.1	98	100.0
	10 à 12	88	90.7	4	4.1	3	3.1	2	2.1	97	100.0
	13 à 15	50	87.7	5	8.8	0	0.0	2	3.5	57	100.0
	16 à 21	27	84.4	4	12.5	0	0.0	1	3.1	32	100.0
	22 à 28	19	86.4	1	4.5	2	9.1	0	0.0	22	100.0
N épouses p = 0,382	0	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0
	1	186	87.3	13	6.1	7	3.3	7	3.3	213	100.0
	2	132	86.8	13	8.6	2	1.3	5	3.3	152	100.0
	3	30	81.1	3	8.1	4	10.8	0	0.0	37	100.0
	4	15	93.8	1	6.3	0	0.0	0	0.0	16	100.0
Durée de résidence p = 0,169	< 1 an	13	86.7	2	13.3	0	0.0	0	0.0	15	100.0
	1 à 5 ans	44	88.0	3	6.0	3	6.0	0	0.0	50	100.0
	6 à 10 ans	46	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	46	100.0
	> 10 ans	61	82.4	8	10.8	1	1.4	4	5.4	74	100.0
	Toujours	223	86.4	17	6.6	10	3.9	8	3.1	258	100.0
Profession chef ménage p = 0,445	Agriculteur	310	86.1	26	7.2	12	3.3	12	3.3	360	100.0
	Commerçant	18	85.7	3	14.3	0	0.0	0	0.0	21	100.0
	Artisan	46	93.9	1	2.0	2	4.1	0	0.0	49	100.0
	Fonctionnaire	13	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	100.0
Profession 1ère épouse chef ménage p = 0,206	Ménagère	7	70.0	3	30.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0
	Agricultrice	262	85.6	24	7.8	12	3.9	8	2.6	306	100.0
	Commerçante	73	91.3	2	2.5	1	1.3	4	5.0	80	100.0
	Artisane	19	95.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	20	100.0
	Fonctionnaire	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Nombre années école chef ménage p = 0,203	Aucune	257	86.5	22	7.4	10	3.4	8	2.7	297	100.0
	1 à 4 ans	33	84.6	0	0.0	4	10.3	2	5.1	39	100.0
	5 à 6 ans	38	84.4	5	11.1	0	0.0	2	4.4	45	100.0
	7 à 10 ans	40	97.6	1	2.4	0	0.0	0	0.0	41	100.0
	11 à 13 ans	15	88.2	2	11.8	0	0.0	0	0.0	17	100.0
	plus de 13 ans	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
Années école 1ère épouse p = 0,882	Aucune	326	86.2	28	7.4	12	3.2	12	3.2	378	100.0
	1 à 4 ans	22	91.7	1	4.2	1	4.2	0	0.0	24	100.0
	Plus de 4 ans	15	93.8	1	6.3	0	0.0	0	0.0	16	100.0

Scolar. tous	Non	148	86.0	19	11.0	3	1.7	2	1.2	172	100.0
enf. en âge	Oui	153	86.4	8	4.5	9	5.1	7	4.0	177	100.0
p = 0,029	Sans enf. en âge	86	91.5	3	3.2	2	2.1	3	3.2	94	100.0
Possède rem.	non	269	86.8	26	8.4	10	3.2	5	1.6	310	100.0
mod. maison	oui p = 0,035	117	88.6	4	3.0	4	3.0	7	5.3	132	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Méd.-inf.		Privé+itin.		Secouriste		Guérisseur		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possède rem.	non	250	88.7	22	7.8	8	2.8	2	0.7	282	100.0
trad. maison	oui p = 0,004	136	85.0	8	5.0	6	3.8	10	6.3	160	100.0
Sexe du répondant	Homme	256	88.0	16	5.5	9	3.1	10	3.4	291	100.0
p = 0,144	Femme	86	93.5	5	5.4	1	1.1	0	0.0	92	100.0
	Homme + femme	42	79.2	7	13.2	2	3.8	2	3.8	53	100.0
Déjà visité des services de santé formels	Aucun	1	33.3	0	0.0	1	33.3	1	33.3	3	100.0
p = 0,003	1 type	57	79.2	8	11.1	3	4.2	4	5.6	72	100.0
	2 types	145	89.0	10	6.1	4	2.5	4	2.5	163	100.0
	3 types	149	88.2	11	6.5	6	3.6	3	1.8	169	100.0
	4 types	35	97.2	1	2.8	0	0.0	0	0.0	36	100.0
Déjà visité inf.priv./itin.	Aucun	270	92.2	2	0.7	11	3.8	10	3.4	293	100.0
p = 0,0001	Privé ou itinérant	94	76.4	24	19.5	3	2.4	2	1.6	123	100.0
	Privé et itinérant	23	85.2	4	14.8	0	0.0	0	0.0	27	100.0
Déjà visité guéris/devin	Aucun	204	85.7	22	9.2	10	4.2	2	0.8	238	100.0
p = 0,033	Guér. ou devin	114	89.8	4	3.1	3	2.4	6	4.7	127	100.0
	Guér. et devin	69	88.5	4	5.1	1	1.3	4	5.1	78	100.0
Visité église	Non	321	86.3	27	7.3	12	3.2	12	3.2	372	100.0
p = 0,329	Oui	66	93.0	3	4.2	2	2.8	0	0.0	71	100.0

Légende Méd.-inf. = médecin ou infirmier d'un service de santé public ou confessionnel (secteur moderne formel); privé+itin. = infirmier ou secouriste privé pratiquant dans son cabinet et/ou consultant à domicile; secouriste = secouriste ou éventuellement matrone d'une UVS.

N. B. p est la probabilité, selon le test du χ^2 , que les différences d'utilisation relevées entre les quatre types de recours extérieurs soient dues au hasard plutôt qu'aux facteurs testés.

sensiblement moins nombreux que ceux de plus de 60 ans à pratiquer l'automédication (environ 65 % contre 75 %, $p = 0,051$). La fréquence des recours extérieurs ne varie par contre quasi pas en fonction de l'âge des adultes. Les personnes les plus âgées ne tendent donc pas à moins recourir à un spécialiste de la santé, au profit de l'automédication, que les adultes plus jeunes.

Une fois que l'automédication a été retenue comme première action thérapeutique, l'âge du malade ne joue aucun rôle¹ statistiquement significatif dans le choix du type de remèdes ou

¹ L'expression "jouer un rôle" et d'autres similaires que nous utiliserons souvent sont passablement excessives dans la

de combinaisons de remèdes ($p = 0,367$ pour l'ensemble des six catégories d'âge et $p = 0,361$ pour les enfants opposés aux adultes). Les enfants sont bien proportionnellement un peu plus nombreux que les adultes à être traités par remèdes modernes seuls (43,4 % contre 39,2 %), alors qu'ils sont un peu moins nombreux à utiliser des remèdes traditionnels seuls (28,2 % contre 31,4 %), mais ces différences ne sont pas significatives. Les adultes n'utilisent donc pas plus souvent des remèdes traditionnels que les enfants. On observe toutefois une tendance des personnes de plus de 60 ans à utiliser plus les remèdes traditionnels seuls, au détriment des médicaments modernes seuls, que les autres catégories d'âge.

Qu'en est-il du rôle joué par l'âge dans le choix d'un type de recours extérieurs? Globalement, les six catégories d'âge se distinguent quant au choix des quatre types de recours utilisés ($p = 0,004$). Mais cette différence s'estompe lorsque l'on se contente de comparer les enfants aux adultes ($p = 0,088$), ce qui suggère que les différences entre les catégories d'âge des enfants sont importantes, tout comme entre celles des adultes. Les enfants recourent proportionnellement un peu plus souvent aux infirmiers ou aux médecins des secteurs public et confessionnel (soit le secteur moderne formel) et au secouriste d'une UVS, alors que c'est l'inverse pour les "infirmiers" privés en cabinet ou itinérants et pour les guérisseurs. Mais seule la différence pour ces derniers est statistiquement significative (1,2 % pour les enfants contre 4,8 % pour les adultes, $p = 0,022$). On observe une tendance non significative à la baisse des recours extérieurs formels avec l'augmentation de l'âge des enfants. Par contre, le secteur moderne formel est de moins en moins prisé des adultes lorsque l'âge augmente (89,8 % pour les moins de 40 ans contre 68 % pour les plus de 60 ans, $p = 0,018$). L'inverse est au contraire relevé pour le secteur moderne privé (4,2 % contre 28 %, $p = 0,0001$).

Allons une étape plus loin et examinons, pour les malades qui se sont rendus dans un service de santé moderne formel, l'impact de l'âge sur le choix de l'un d'entre eux. Globalement, le choix de l'un des quatre types de services de santé formels diffère selon l'âge du malade ($p = 0,001$). Les CCS sont proportionnellement d'autant plus souvent utilisés que le malade est jeune. Cela est aussi bien vrai pour les enfants que pour les adultes (de 56,1 % pour les enfants de moins d'un an à 11,8 % pour les adultes de plus de 60 ans, $p = 0,009$). La tendance inverse prévaut pour l'utilisation des hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture de Ouessè (de 0 % à 17,6 %, $p = 0,038$). Mais ici encore, ces différences statistiquement significatives disparaissent dès lors que l'on se contente de comparer les enfants aux adultes, que ce soit globalement ($p = 0,244$) ou pour chacun des types de services.

L'enquête domiciliaire confirme donc en partie ce que l'analyse des registres des services de santé formels nous avait déjà appris: le faible niveau hiérarchique des CCS est plus répulsif pour les adultes que pour les enfants. En cas de maladie, les premiers préfèrent recourir à l'automédication plutôt qu'à un service de santé fréquemment tenu en piètre estime. Pour les enfants, particulièrement les plus jeunes dont on connaît pas ou mal les réactions face à la maladie et aux traitements, les parents sont plus enclins à s'adresser directement à un spécialiste de la santé. Habituellement peu éloigné et bon marché, le CCS est idéal pour la prise en charge de ces cas, souvent bénins, que les parents n'osent pas encore traiter. Il s'agit pour les parents de se rassurer en recourant à un spécialiste de la santé, mais au moindre coût. Selon cette stratégie, l'hôpital, plus dispendieux et plus éloigné, est réservé à un éventuel deuxième recours.

En conclusion, on peut affirmer que l'âge du malade joue un rôle important dans le premier choix à effectuer face à la maladie. L'inaction thérapeutique et la prise en charge domestique sont alors d'autant moins fréquentes que le malade est jeune. Pour les choix

mesure où elles suggèrent un lien de causalité prouvé entre un facteur (un "déterminant") et un comportement donné. Or, à strictement parler, nous ne mettons en évidence qu'une association, significative ou non d'un point de vue statistique, entre un facteur et un comportement de recherche de soins.

ultérieurs, l'âge du malade n'a qu'une influence limitée (type de recours extérieurs et choix d'un service de santé formel), voire nulle (type de remèdes pour l'automédication). Tout comme les femmes ne sont pas pénalisées par rapport aux hommes dans l'accès aux soins, il ressort de l'enquête domiciliaire que les enfants bénéficient d'un accès similaire à celui des adultes, si ce n'est meilleur. Ils voient en effet beaucoup plus souvent qu'eux un spécialiste de la santé dès la première étape de leur itinéraire thérapeutique. Il est vrai que cela est partiellement contrebalancé par une plus grande propension à visiter des services de santé de rang inférieur (CCS et UVS). Cette conclusion va à l'encontre de ce qu'une majorité des études rapportent pour les pays en voie de développement, mais moins systématiquement pour l'Afrique subsaharienne. Selon elles, les enfants, particulièrement les plus jeunes d'entre eux, pâtissent généralement d'une discrimination dans l'accès aux soins de santé (STOCK, 1983).

Tableau 124 Type de premiers recours extérieurs formels utilisés (après automédication ou non), selon les facteurs prédisposants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Tous CCS		CSSP		Autres hôp.		H. St-Martin		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexe malade p = 0,691	Femme	61	38.1	66	41.3	5	3.1	28	17.5	160	100.0
	Homme	83	36.6	93	41.0	13	5.7	38	16.7	227	100.0
Age malade p = 0,0098 et p = 0,244 siad—x—enf	< 1 an	23	56.1	15	36.6	0	0.0	3	7.3	41	100.0
	1 à 4 ans	40	44.0	28	30.8	4	4.4	19	20.9	91	100.0
	5 à 14 ans	27	29.3	46	50.0	3	3.3	16	17.4	92	100.0
	Total enfants	90	40.2	89	39.7	7	3.1	38	17.0	224	100.0
	15 à 40 ans	39	36.8	46	43.4	4	3.8	17	16.0	106	100.0
	41 à 60 ans	13	33.3	14	35.9	4	10.3	8	20.5	39	100.0
	> 60 ans	2	11.8	10	58.8	3	17.6	2	11.8	17	100.0
	Total adultes	54	33.3	70	43.2	11	6.8	27	16.7	162	100.0
Age du chef de ménage p = 0,006	20 à 29 ans	15	27.3	33	60.0	1	1.8	6	10.9	55	100.0
	30 à 39 ans	37	37.0	37	37.0	7	7.0	19	19.0	100	100.0
	40 à 49 ans	42	45.7	25	27.2	4	4.3	21	22.8	92	100.0
	50 à 59 ans	19	42.2	16	35.6	1	2.2	9	20.0	45	100.0
	60 à 69 ans	15	26.3	34	59.6	1	1.8	7	12.3	57	100.0
	70 ans et plus	14	40.0	13	37.1	4	11.4	4	11.4	35	100.0
Age première épouse chef de ménage p = 0,14	14 à 29 ans	53	37.6	56	39.7	8	5.7	24	17.0	141	100.0
	30 à 39 ans	48	37.5	43	33.6	4	3.1	33	25.8	128	100.0
	40 à 49 ans	13	32.5	22	55.0	1	2.5	4	10.0	40	100.0
	50 à 59 ans	16	47.1	13	38.2	3	8.8	2	5.9	34	100.0
	60 ans et plus	6	35.3	6	35.3	2	11.8	3	17.6	17	100.0
Ethnie p = 0,0001	<i>Mahi</i>	63	38.4	85	51.8	5	3.0	11	6.7	164	100.0
	<i>Nagot</i>	45	48.9	29	31.5	3	3.3	15	16.3	92	100.0
	<i>Peul</i>	0	0.0	12	100.0	0	0.0	0	0.0	12	100.0
	Ethnies Atacora	4	9.1	1	2.3	3	6.8	36	81.8	44	100.0

	Autres ethnies	32	42.7	32	42.7	7	9.3	4	5.3	75	100.0
Religion p = 0,0001	Rel. tradition.	44	42.3	52	50.0	3	2.9	5	4.8	104	100.0
	Cath. + prot.	56	36.8	73	48.0	6	3.9	17	11.2	152	100.0
	Sectes chr. afr.	22	45.8	14	29.2	3	6.3	9	18.8	48	100.0
	Sectes chr. occ.	9	75.0	0	0.0	2	16.7	1	8.3	12	100.0
	Islam	13	20.0	14	21.5	4	6.2	34	52.3	65	100.0
	Sans	0	0.0	6	100.0	0	0.0	0	0.0	6	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Tous CCS		CSSP		Autres hôp.		H. St-Martin		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Taille du ménage p = 0,001	1 à 3	6	33.3	6	33.3	4	22.2	2	11.1	18	100.0
	4 à 6	46	42.6	38	35.2	6	5.6	18	16.7	108	100.0
	7 à 9	28	36.4	38	49.4	2	2.6	9	11.7	77	100.0
	10 à 12	28	31.8	35	39.8	2	2.3	23	26.1	88	100.0
	13 à 15	23	46.0	21	42.0	2	4.0	4	8.0	50	100.0
	16 à 21	10	37.0	7	25.9	1	3.7	9	33.3	27	100.0
	22 à 27	3	15.8	14	73.7	1	5.3	1	5.3	19	100.0
N épouses p = 0,44	0	1	20.0	4	80.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0
	1	78	41.9	64	34.4	10	5.4	34	18.3	186	100.0
	2	42	31.8	59	44.7	6	4.5	25	18.9	132	100.0
	3	11	36.7	11	36.7	1	3.3	7	23.3	30	100.0
	4	7	46.7	7	46.7	1	6.7	0	0.0	15	100.0
Durée de résidence p = 0,0001	< 1 an	0	0.0	13	100.0	0	0.0	0	0.0	13	100.0
	1 à 5 ans	13	29.5	18	40.9	1	2.3	12	27.3	44	100.0
	6 à 10 ans	13	28.3	10	21.7	2	4.3	21	45.7	46	100.0
	> 10 ans	25	41.0	17	27.9	5	8.2	14	23.0	61	100.0
	Toujours	93	41.7	101	45.3	10	4.5	19	8.5	223	100.0
Profession chef ménage p = 0,355	Agriculteur	122	39.4	120	38.7	15	4.8	53	17.1	310	100.0
	Commerçant	5	27.8	7	38.9	1	11.1	4	22.2	18	100.0
	Artisan	11	23.9	26	56.5	0	0.0	9	19.6	46	100.0
	Fonctionnaire	6	46.2	6	46.2	1	7.7	0	0.0	13	100.0
Profession 1ère épouse chef ménage p = 0,24	Ménagère	5	71.4	0	0.0	0	0.0	2	28.6	7	100.0
	Agricultrice	106	40.5	99	37.8	15	5.7	42	16.0	262	100.0
	Commerçante	21	28.8	32	43.8	2	2.7	18	24.7	73	100.0
	Artisane	6	31.6	8	42.1	1	5.3	4	21.1	19	100.0
	Fonctionnaire	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
Nombre années école chef ménage p = 0,317	Aucune	97	37.7	101	39.3	13	5.1	46	17.9	257	100.0
	1 à 4 ans	10	30.3	17	51.5	1	3.0	5	15.2	33	100.0
	5 à 6 ans	21	55.3	10	26.3	1	2.6	6	15.8	38	100.0
	7 à 10 ans	9	22.5	23	57.5	1	2.5	7	17.5	40	100.0
	11 à 13 ans	5	33.3	6	40.0	2	13.3	2	13.3	15	100.0
	plus de 13 ans	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	3	100.0
Années école 1ère épouse p = 0,736	Aucune	126	38.7	122	37.4	16	4.9	62	19.0	326	100.0
	1 à 4 ans	7	31.8	12	54.5	1	4.5	2	9.1	22	100.0
	Plus de 4 ans	5	33.3	7	46.7	1	6.7	2	13.3	15	100.0

Scolar. tous enf. en âge p = 0,380	Non	52	35.1	60	40.5	5	3.4	31	20.9	148	100.0
	Oui	56	36.6	66	43.1	10	6.5	21	13.7	153	100.0
	Sans enf. en âge	37	43.0	33	38.4	2	2.3	14	16.3	86	100.0
Possède rem. mod. maison p = 0,175	non	103	38.3	103	38.3	11	4.1	52	19.3	269	100.0
	oui	41	35.0	55	47.0	7	6.0	14	12.0	117	100.0

Tableau (suite)

		Tous CCS		CSSP		Autres hôp.		H. St-Martin		Total	
Facteurs	Catégories	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possède rem. trad. maison p = 0,993	non	92	36.8	103	41.2	12	4.8	43	17.2	250	100.0
	oui	52	38.2	55	40.4	6	4.4	23	16.9	136	100.0
Sexe du répondant p = 0,0001	Homme	82	32.0	106	41.4	12	4.7	56	21.9	256	100.0
	Femme	49	57.0	29	33.7	5	5.8	3	3.5	86	100.0
	Homme + femme	13	31.0	22	52.4	1	2.4	6	14.3	42	100.0
Déjà visité serv. santé formels p = 0,0001	1 type	11	19.0	17	29.3	1	1.7	29	50.0	58	100.0
	2 types	51	35.2	63	43.4	6	4.1	25	17.2	145	100.0
	3 types	67	45.0	68	45.6	9	6.0	5	3.4	149	100.0
	4 types	15	42.9	11	31.4	2	5.7	7	20.0	35	100.0
Déjà visité inf. priv./itin. p = 0,0001	Aucun	101	37.4	98	36.3	9	3.3	62	23.0	270	100.0
	Privé ou itinérant	33	35.1	53	56.4	4	4.3	4	4.3	94	100.0
	Privé et itinérant	10	43.5	8	34.8	5	21.7	0	0.0	23	100.0
Déjà visité guéris./devin p = 0,298	Aucun	87	42.6	74	36.3	11	5.4	32	15.7	204	100.0
	Guér. ou devin	34	29.8	54	47.4	5	4.4	21	18.4	114	100.0
	Guér. et devin	23	33.3	31	44.9	2	2.9	13	18.8	69	100.0
Visité église p = 0,339	Non	114	35.5	135	42.1	14	4.4	58	18.1	321	100.0
	Oui	30	45.5	24	36.4	4	6.1	8	12.1	66	100.0

N. B. p est la probabilité, selon le test du χ^2 , que les différences d'utilisation relevées entre les quatre types de recours extérieurs formels soient dues au hasard plutôt qu'aux facteurs testés.

L'âge du chef de ménage et de sa première épouse

Selon Kroeger (1983a), les personnes qui ont un statut élevé dans un ménage jouent un rôle crucial dans la gestion des soins de tout le ménage. Au Bénin, le choix d'une action thérapeutique et son financement relèvent généralement du chef de ménage. Ce qui fait dire à une femme que "même si c'est la mère qui traite, on considère que c'est le père qui est responsable". Si le malade est un adulte, il peut aussi exprimer son opinion, voire, en cas de maladie banale, prendre en main son traitement sans demander l'avis ou l'assentiment du chef de ménage. Lorsqu'un enfant est malade, sa mère et éventuellement d'autres adultes (coépouses, belle-mère...) peuvent aussi débattre de la conduite à tenir avec le chef de ménage. Mais la décision finale appartient à ce dernier. Si le chef est malade, il décide généralement seul, si c'est peu grave. Dans le cas contraire, sa ou ses femmes, ses enfants adultes et parfois ses frères et

soeurs se réunissent et décident. Un infirmier dira: “Si un chef de famille tend à banaliser sa maladie, les pressions commencent”. Une femme *nagot* va plus loin encore en affirmant que “celui qui est malade n’a aucune décision à prendre. Il devient comme un petit enfant. Les autres prennent la décision”. Ce qu’a confirmé plusieurs interlocuteurs, dont le chef du village de Gbédé: “Le malade ne peut prendre aucune décision, c’est sa famille”. En cas d’intervention chirurgicale ou d’hospitalisation prévisibles, la famille élargie vivant à proximité est souvent convoquée, pour décider et cotiser. Il en va souvent de même pour les cas de sorcellerie. Pour les cas très graves qui mettent en péril l’équilibre ou même la vie du ménage, le malade n’a souvent plus droit au chapitre, même s’il est le chef du ménage. La famille élargie prend les choses en mains et décide de la conduite à tenir. A propos des comportements de recherche de soins à Douala, Hours (1986) ne dit pas autre chose, même si au Bénin les consultations extérieures pour les cas courants peuvent rester une affaire ménagère, voire individuelle:

Toutefois, si je sens que “ça me dépasse” alors mon savoir est insuffisant pour pouvoir me guérir et je vais consulter un médecin ou un docteur indigène. Dès cet instant où “la menace me dépasse”, la gestion de ma maladie est devenue une affaire collective et je réintègre les logiques sociales qui président à ces affaires où interviennent aussi l’argent, le statut. Le malade qui se rend au dispensaire pour une consultation sait donc implicitement que sa maladie n’est plus son affaire mais une affaire sociale.

Le chef de ménage joue donc un rôle clé, bien que non exclusif, dans la sélection d’une réponse adéquate à la maladie... ne serait-ce que parce qu’il doit en principe financer les soins des personnes sous son autorité. Le rôle de l’épouse n’est pas négligeable non plus, surtout si c’est elle-même qui est malade ou l’un de ses enfants, ou encore si son mari est absent, ce qui n’est pas rare. En plus de l’influence de l’âge du malade sur le comportement de recherche de soins, nous avons donc testé celle de l’âge du chef de ménage et celle de sa première épouse. Nous nous sommes limité à la première épouse car plus de 63 % des chefs de ménage mariés n’ont qu’une épouse.

La moitié des malades de notre échantillon sont des enfants (moins de 15 ans). Ils n’interviennent donc pas directement dans la prise de décision en cas de maladie, mais nous venons de voir que leur âge est un facteur pris en compte par les adultes, qui décident pour eux de la conduite à tenir. Nous émettons l’hypothèse que l’âge de ces adultes, et plus particulièrement des plus influents d’entre eux, conditionnent également les choix thérapeutiques. Nous chercherons à vérifier si les chefs de ménage et leurs premières épouses ont un comportement d’autant plus “traditionnel” qu’ils sont âgés. Par traditionnel nous entendons qu’ils privilégient l’automédication, particulièrement la phytothérapie, et le recours aux guérisseurs.

Les chefs de ménage ont été répartis en sept catégories d’âge, par tranche de dix ans, sauf la dernière regroupant tous les chefs déclarant 80 ans et plus. Nettement plus jeunes en moyenne que leurs maris, les premières épouses ont également été distribuées dans sept catégories d’âge couvrant chacune dix ans, à l’exception de la première et de la dernière (14 à 19 ans et 60 ans et plus).

Globalement, l’âge du chef de ménage ne joue pas de rôle significatif dans le choix d’une première action thérapeutique ($p = 0,159$, cf. Tableau 121). Lorsque l’on distingue les trois choix possibles, on relève que l’âge du chef de ménage n’influence pas de manière significative la fréquence de l’inaction thérapeutique ($p = 0,546$). La fréquence relative de l’automédication augmente par contre régulièrement avec l’âge du chef de ménage. Elle passe de 64,3 % lorsque le chef a entre 20 et 30 ans à 79,5 % lorsqu’il a 80 ans ou plus. Cette différence n’est toutefois pas statistiquement significative ($p = 0,194$). Elle le devient cependant si l’on se contente d’opposer les chefs de ménage les plus jeunes aux plus âgés, peu importe que l’on place la limite entre les deux groupes à 50, 60 ou 70 ans. Inversement, les recours extérieurs comme première

action thérapeutique sont d'autant plus rares que le chef est âgé. La différence est ici bien nette: on passe de 31,8 % de recours extérieurs pour les chefs de moins de 30 ans à 15,1 % pour ceux de 80 ans et plus ($p = 0,007$ et $p = 0,004$ si l'on oppose les moins de 50 ans aux plus de 50 ans).

Le type de remèdes ou de combinaisons de remèdes utilisés pour l'automédication est globalement différent selon l'âge du chef de ménage ($p = 0,009$, cf. Tableau 122). L'âge ne permet par contre pas de différencier les utilisateurs des seuls remèdes traditionnels ($p = 0,478$), ni ceux des seuls remèdes modernes ($p = 0,2$), ni ceux des remèdes modernes puis traditionnels ($p = 0,887$). Les plus jeunes chefs de ménage (moins de 30 ans) constituent la catégorie qui utilise le moins les remèdes traditionnels seuls (24,8 %) et ceux qui emploient le plus de les médicaments modernes seuls (52,5 %). S'agit-il là de l'expression de nouvelles habitudes d'automédication? Nous pouvons d'autant moins trancher que l'on ne relève aucune tendance dans les six autres catégories d'âge. S'il existe bien une différence statistiquement significative selon l'âge entre ceux qui utilisent simultanément les remèdes traditionnels et modernes et ceux qui ont adopté un autre type d'automédication ($p = 0,017$), aucune tendance claire en fonction de l'âge ne se dégage. Il en va de même pour ceux qui utilisent successivement les remèdes traditionnels puis modernes ($p = 0,002$).

Globalement, le type de recours extérieurs est aussi significativement distinct selon l'âge du chef de ménage ($p = 0,014$, cf. Tableau 123). L'âge ne distingue cependant pas les utilisateurs des services de santé modernes formels des utilisateurs de tous les autres types de recours pris ensemble ($p = 0,234$). Il en va de même pour les utilisateurs des secouristes et ceux des guérisseurs. C'est par contre le cas pour ceux qui font appel aux services des infirmiers privés. Ce dernier cas de figure est relativement beaucoup plus fréquent lorsque le chef de ménage a plus de 70 ans ($p = 0,002$ si l'on oppose les moins au plus de 70 ans).

Bien que globalement le type de services de santé formels utilisés diffère selon l'âge du chef de ménage ($p = 0,006$, cf. Tableau 124), nous ne relevons aucune tendance claire ni apparemment cohérente. Par exemple, la fréquentation relative des CCS – services de santé le plus bas dans la hiérarchie sanitaire officielle si l'on excepte les UVS – augmente avec l'âge entre 20 et 50 ans. Mais il en va de même pour celle de l'hôpital Saint-Martin de Papané, beaucoup mieux coté. D'un niveau intermédiaire, le CSSP de Ouessè voit au contraire sa fréquentation diminuer avec l'augmentation de l'âge du chef de ménage, jusqu'à 50 ans. Au-delà de 50 ans, il n'y a plus du tout de tendance. L'hôpital Saint-Martin est significativement plus utilisé ($p = 0,021$) par les membres des ménages dont le chef a de 30 à 59 ans. Cela est peut-être dû à un déficit de ressources financières et/ou de mobilité pour les plus jeunes et les plus âgés.

En conclusion, notre hypothèse selon laquelle les ménages dirigés par une personne âgée ont un comportement de recherche de soins plus traditionnel que ceux conduits par un chef plus jeune n'est que partiellement et faiblement confirmée. La différence se situe principalement au niveau de la décision de pratiquer l'automédication ou d'aller directement consulter un spécialiste. Proportionnellement, l'automédication augmente avec l'âge du chef de ménage (différence non significative), alors que les recours extérieurs diminuent dans le même temps (différence significative). Relevons tout de même qu'il est passablement abusif de considérer la pratique de l'automédication comme le signe d'une attitude traditionnelle et celle du recours à un spécialiste comme le révélateur d'une attitude moderne. A la fois l'automédication et les recours extérieurs peuvent en effet être aussi bien traditionnels que modernes. Cependant, la quasi totalité des recours extérieurs directs sont aujourd'hui effectués dans le secteur moderne. Si l'on relève de grandes différences dans le type d'automédication selon l'âge du chef de ménage, on ne constate pas du tout que les plus jeunes préfèrent les médicaments modernes alors que les plus âgés choisissent principalement les remèdes traditionnels. De même, le type de recours extérieurs (direct ou après automédication) ne révèle aucune tendance claire en fonction

de l'âge du chef. Même les guérisseurs ne sont pas plus utilisés par les ménages des chefs âgés que par ceux des jeunes chefs. Bien que lui aussi très variable selon l'âge du chef, le choix d'un recours extérieur formel plutôt que d'un recours informel n'indique pas davantage de tendance.

Ce n'est donc pas l'âge de son chef qui détermine l'appartenance du ménage au groupe des traditionalistes ou à celui des modernistes. De sérieux doutes pèsent d'ailleurs sur la pertinence de la classique opposition tradition – modernité pour expliquer l'attitude des ménages face à la maladie. Selon Fainzang (1985), les nouvelles connaissances étiologiques et thérapeutiques sont constamment réinterprétées et incorporées par la société. Il n'y a donc aucune réticence à les utiliser. D'autre part, nous avons déjà relevé que, même si les ménages ont des options thérapeutiques privilégiées, les circonstances – type de maladies, gravité, disponibilités financières du moment, échec du premier recours... – amènent souvent à composer avec la norme.

L'âge de la première épouse du chef de ménage ne constitue pas un déterminant du comportement de recherche de soins pour l'ensemble des membres du ménage. Que ce soit pour la première action thérapeutique, pour le type de remèdes utilisés en automédication, pour le type de recours extérieurs ou celui de service formel choisi, les différences globales selon l'âge ne sont jamais significatives et aucune tendance ne se dessine. Ce résultat ne doit pas nous étonner après le constat du faible impact de l'âge du chef de ménage sur les choix thérapeutiques, alors que son pouvoir de décision est supérieur à celui de sa première épouse.

L'ethnie du chef de ménage

L'ethnie constitue pour nous typiquement une variable exploratoire. Nous n'avons pas d'hypothèse a priori qui expliquerait une différence de comportement thérapeutique entre les ethnies. Il n'est d'ailleurs pas certain que des différences soient observées. Par exemple, une enquête menée à Pikine, banlieue de Dakar, n'a pas montré de différence selon l'appartenance ethnique dans l'accès aux soins (FASSIN, 1992). D'autres études montrent au contraire que l'appartenance ethnique est significativement associée aux options de soins retenues. En Sierra Leone, de 31 à 62 % des enfants malades de moins de 5 ans ont consulté, selon l'ethnie de leur mère (GESLER et GAGE, 1987). De plus, le type de recours modernes utilisés y est influencé par l'ethnie de la mère. D'éventuelles différences résulteraient du reste probablement plus d'autres facteurs liés à l'ethnie qu'à celle-ci en soi. Nous pensons notamment à la localisation par rapport aux services de santé et à l'ancienneté d'établissement. Gesler (1984) relève cependant que le statut migratoire joue souvent un rôle important dans les variations d'utilisation des services de santé, par exemple parce que les migrants peuvent être plus réceptifs à l'innovation ou parce qu'ils ne bénéficient pas de réseaux locaux. La sous-préfecture de Ouessè compte bon nombre d'immigrés. Nous serons donc particulièrement attentif à leurs comportements de recherche de soins.

L'endogamie ethnique étant très forte dans la sous-préfecture de Ouessè, l'ethnie du chef de ménage et celle des autres membres du ménage sont quasi toujours confondues. Trois ethnies et deux groupes d'ethnies ont été retenus. Il s'agit des *Mahi* et des *Nagot*, deux ethnies autochtones, des *Peul* sédentaires, fixés depuis plusieurs générations aux abords des villages *mahi et nagot*, de l'ensemble des immigrés provenant du département de l'Atacora, qu'ils appartiennent à l'une ou l'autre des nombreuses ethnies de ce département, et, finalement, l'ensemble des autres ethnies, soit concrètement essentiellement les *Fon* du village de colonisation agricole de Wokpa et les *Basa*, de lointaine origine ghanéenne, de Gbédé.

La première action thérapeutique est fortement influencée par l'appartenance ethnique, que l'on considère ensemble les trois actions possibles ($p = 0,0001$, cf. Tableau 121) ou chacune des trois actions opposées aux deux autres ($p = 0,0001$ dans les trois cas). En cas de maladie, les

Peul sont particulièrement nombreux à ne rien entreprendre (15,6 %), suivis de loin par les *Nagot* (4,3 %). À l'inverse, ce sont les personnes appartenant à la catégorie "autres ethnies" qui restent le moins inactives (0,8 %). Les *Nagot* et les membres des "autres ethnies" sont proportionnellement les plus nombreux à s'adonner à l'automédication (environ 75 % chacun), alors que les *Mahi* et les immigrés de l'Atacora ne sont respectivement que 63,7 % et 58,3 % à la faire. L'écart de fréquence relative des recours extérieurs selon l'ethnie est particulièrement important. Alors que 39,2 % des ressortissants de l'Atacora consultent directement un spécialiste de la santé en cas de maladie, seuls 16,9 % des *Peul* en font autant. La proportion des recours extérieurs chez les *Mahi* est sensiblement supérieure à la moyenne (34,4 % contre 27 %), alors que celle des "autres ethnies" et des *Nagot* y est inférieure (respectivement 24,1 % et 20,1 %).

On constate donc que les *Peul* se singularisent à la fois par la faiblesse de leurs recours extérieurs et par leur tendance à l'inaction face à la maladie. Ils bénéficient pourtant – du moins ceux qui ont été inclus dans l'enquête – d'une bonne accessibilité au CSSP de Ouessè, à moins de deux kilomètres. Les *Peul* passent auprès des agents de santé pour de très faibles utilisateurs des structures sanitaires disponibles, que ce soit pour les soins curatifs, les accouchements, les consultations prénatales ou la vaccination. Constat empirique que nous avons pu vérifier pour les seuls services de santé publics, au moyen de leurs divers registres et fichiers de santé. À leur marginalisation spatiale et sociale (hameaux à proximité des villages, mais bien séparés d'eux, endogamie ethnique stricte, absence quasi totale de scolarisation, faible fréquentation des villages voisins et même des marchés...) répond leur marginalisation sanitaire. Cette répugnance à trop se mêler aux villageois n'explique pourtant pas pourquoi ils sont si nombreux à se contenter de l'inaction thérapeutique, l'automédication constituant une alternative au recours extérieur.

Les immigrés de l'Atacora se caractérisent par l'importance des recours extérieurs et par la faiblesse de l'automédication. La plupart de ceux que nous avons interrogés habitent à Odo Akaba, à seulement 4 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin et surtout à Toui PK, à 11 kilomètres de cet hôpital par le sentier cyclable le plus court. Cette relativement bonne accessibilité à un hôpital bien coté explique sans doute partiellement l'importance prise par les recours extérieurs. D'autre part, la plupart des colons de l'Atacora sont des immigrés récents. La végétation de leur milieu d'origine, plus aride, diffère fortement de celle de leur milieu d'accueil. Le terroir de Toui PK est par exemple constitué d'un défrichement au sein de la Forêt classée de Toui-Kilibo. Les connaissances phytothérapeutiques des immigrés de l'Atacora ne sont donc probablement plus guère adaptées à leur nouveau cadre de vie, alors que leur installation récente ne leur a pas encore permis l'acquisition de nouvelles connaissances correspondant aux ressources phytothérapeutiques locales.

La catégorie "autres ethnies" est suffisamment composite pour que son analyse en tant que telle ne soit pas pertinente. Elle est surtout composée des habitants de deux villages ethniquement presque homogènes, aux comportements de recherche de soins sensiblement différents: Wokpa et Gbédé. Nous reviendrons plus en détail sur ces cas lorsque nous analyserons par village les résultats de l'enquête.

Pour les autochtones, on constate que les *Nagot* pratiquent beaucoup l'automédication et peu les recours extérieurs. L'écart entre les deux types d'actions thérapeutiques est beaucoup moins marqué chez les *Mahi*. Toutefois, cette différence, que nous avons déjà relevée lorsque nous avons comparé les taux d'utilisation globaux annuels de l'est et de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, résulte plus d'une meilleure accessibilité des *Mahi* aux services de santé que d'une différence d'attitude intrinsèque à l'ethnie. À Kilibo, seul village *nagot* de notre échantillon à disposer d'un service de santé local, la proportion des ménages enquêtés s'adressant à un spécialiste de la santé est d'ailleurs similaire à celles relevées dans les villages

mahi bénéficiant d'un CSSP ou d'un CCS. Cette accessibilité moindre aux services de santé explique peut-être aussi pourquoi les *Nagot* sont 2,3 fois plus nombreux que les *Mahi* à ne rien faire.

Globalement, le type de remèdes pris en automédication est très différent selon l'appartenance ethnique ($p = 0,0001$, cf. Tableau 122). Les différences selon l'ethnie de consommation de remèdes traditionnels utilisés seuls ne sont cependant pas statistiquement significatives ($p = 0,067$). Ce sont les *Peul* qui enregistrent la plus haute fréquence relative d'utilisation des remèdes traditionnels seuls (44,2 %). Les différences selon l'ethnie d'utilisation des remèdes modernes seuls sont elles très significatives ($p = 0,0001$). Les immigrés de l'Atacora les utilisent beaucoup plus que toutes les autres ethnies (61,4 %). Ils utilisent de plus très peu les remèdes traditionnels en association (avant, après ou simultanément) avec les médicaments modernes. Ces ethnies sont donc de loin celles qui recourent le moins souvent à l'automédication traditionnelle, sous toutes ses formes. Cela appuie notre hypothèse énoncée plus haut, quant à l'incapacité de beaucoup d'immigrés de l'Atacora à employer les plantes de leur milieu d'adoption. Près de la moitié (46,3 %) des *Mahi* utilisent exclusivement des remèdes modernes en cas d'automédication, alors que cette proportion descend à moins d'un tiers pour les *Nagot* (32,8 %). Les *Nagot*, les "autres ethnies" et, dans une moindre mesure, les *Mahi* commencent volontiers l'automédication par des remèdes traditionnels, avant de leur ajouter ou substituer des médicaments modernes (de 12,9 % à 21,3 %). Cette habitude est presque inexistante chez les *Peul* et les immigrés de l'Atacora (3,8 % et 2,9 %, $p = 0,0001$ pour les cinq groupes ethniques). La tendance inverse, des médicaments modernes vers les remèdes traditionnels est globalement plus rare. Elle reste également plus prononcée pour les trois premiers groupes ethniques (de 9,5 % à 10,7 %) que pour les deux derniers (3,8 % et 7,1 %, mais différence non significative pour les cinq groupes ethniques).

Une autre manière d'envisager l'automédication est d'étudier si elle a débuté par des remèdes traditionnels, peu importe si dans un deuxième temps des remèdes modernes les remplacent ou leur sont additionnés. Le même point de vue est ensuite aussi adopté pour les remèdes modernes. On voit ainsi de façon dichotomique si la préférence va d'abord à l'automédication moderne ou traditionnelle. Dans les deux cas, les différences de préférence selon l'ethnie sont significatives ($p = 0,0005$). Ce sont les *Nagot* qui commencent le plus volontiers l'automédication par des remèdes traditionnels (55 %). Ils sont suivis par les *Peul* (50,9 %), par les "autres ethnies" (48,1 %), par les *Mahi* (41,5 %) et finalement loin derrière par les immigrés de l'Atacora, comme nous l'avons déjà relevé (31,4 %).

Seule la fréquentation des services de santé formels et celle des secouristes est significativement influencée par l'appartenance ethnique (p égale respectivement 0,023 et 0,0001). Les *Nagot* recourent le moins aux services formels (78,6 %), suivis par les *Peul* (85,7 %). Les trois autres catégories ethniques avoisinent les 90 %. Si les *Nagot* sont pratiquement les seuls à solliciter les secouristes (11,1 %), c'est que quasi toutes les UVS qui fonctionnent encore peu ou prou sont dans des villages *nagot*. Sur 12 recours aux guérisseurs, 10 sont le fait des autochtones *mahi* ou *nagot*. L'acceptabilité – ou la non acceptabilité – d'un service de santé ne constitue pas une dimension de l'accès propre aux services modernes! Une appartenance ethnique différente semble déjà limiter le recours aux tradipraticiens. Conformément au principe de diversification que nous avons relevé lors de l'analyse des itinéraires thérapeutiques, la littérature rapporte toutefois que les guérisseurs itinérants étrangers sont parfois fort appréciés, pour l'originalité de leur traitement. Dans la sous-préfecture de Ouessè, le guérisseur de l'ethnie locale auprès de laquelle les "étrangers" se sont récemment installés ne paraît cependant pas apporter une touche d'exotisme et un sentiment de tenter vraiment autre chose suffisant à sa fréquentation.

Une autre raison explique aussi sans doute la quasi absence de contact entre guérisseurs et immigrés: la méconnaissance de leur existence et de leurs compétences. Les guérisseurs ne sont en effet pas, dans la sous-préfecture de Ouessè, des professionnels qui ont pignon sur rue. Leur pratique est d'autant plus discrète qu'ils ne sont presque plus fréquentés, même par les autochtones. Seule une longue pratique sociale, des liens de parentés ou de confiance permettent de savoir qui est guérisseur et quelles sont ses "spécialités". Un immigrant, qui vit de plus parfois dans des fermes de colonisation agricole loin des villages, ne saurait prétendre à une telle intimité avec la société locale. Même les gens du crû découvrent parfois avec étonnement qu'une personne connue est un guérisseur. Un vieil autochtone de Ouessè nous décrivait l'itinéraire thérapeutique suivi par l'un de ses enfants. Il avait finalement consulté avec succès un guérisseur à Djegbé, à 23 kilomètres. Le vieil homme avait conclu amusé: "J'ai appris quelque temps après que l'un de mes amis habitant tout près d'ici était aussi un guérisseur et qu'il aurait pu soigner un tel cas."

Il existe globalement de très grandes différences dans l'utilisation des divers types de services de santé formels selon l'appartenance ethnique ($p = 0,0001$, cf. Tableau 124). Ces différences restent statistiquement très significatives pour les CCS, le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin pris séparément et opposés chaque fois à l'ensemble des autres recours formels ($p = 0,0001$ dans les trois cas). Ce n'est plus le cas pour les rares consultations dans un hôpital extérieur à la sous-préfecture ($p = 0,191$). La répartition des ethnies et des services de santé dans la sous-préfecture de Ouessè explique largement ces choix très divergents. Ainsi, le seul village *peul* enquêté se situe près du CSSP de Ouessè. Aucun des *Peul* malades n'est allé se faire soigner ailleurs. De même, l'hôpital Saint-Martin constitue le service de santé le plus proche pour la plupart des immigrés de l'Atacora visités. Presque 82 % de leurs recours extérieurs s'y sont déroulés. Dans une bien moindre mesure, les *Nagot* surutilisent relativement cet hôpital (16,3 %), pour des raisons de proximité, alors que, pour la même raison, les *Mahi* sont surtout tournés vers le CSSP de Ouessè (51,8 %). Si les immigrés de l'Atacora et les "autres ethnies" fréquentent plus les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (respectivement 6,8 % et 9,3 %, $p = 0,027$ si l'on oppose ces deux catégories d'ethnies aux trois autres), cela relève encore de la proximité géographique pour les ressortissants de l'Atacora, dont quelques-uns préfèrent aller au CSSP de Tchaourou, 8 kilomètres au-delà de l'hôpital Saint-Martin, et d'une proximité plus sentimentale pour les membres des autres ethnies, qui rentrent parfois se faire soigner dans leur région d'origine, dans un établissement familial proche de la parenté.

En définitive, tous les choix thérapeutiques d'un malade ou de son entourage sont fortement liés à son appartenance ethnique. Toutefois, au-delà de l'influence culturelle de l'ethnie, un tiers facteur, l'inégale accessibilité des ethnies aux divers types de services de santé, joue un rôle important, si ce n'est prépondérant, dans beaucoup de ces choix.

La religion

L'affiliation religieuse d'un individu ou d'une population a assez rarement été étudiée en tant que déterminant des comportements de recherche de soins (voir SCHILLER et LEVIN, 1988) pour une revue de la littérature). L'appartenance religieuse peut déterminer quelles sont les actions thérapeutiques, voire les services de santé, qui sont ou ne sont pas appropriées ou même acceptables en cas de besoin. L'affiliation des hôpitaux confessionnels vient immédiatement à l'esprit comme facteur potentiel de choix d'un service. La religion peut, par les différentes conceptions de la maladie et de l'étiologie qu'elle véhicule et, plus généralement, par leur rattachement à une culture donnée, inciter les fidèles à rechercher ou à pratiquer des soins de type traditionnel ou de type moderne, sans parler des thérapies proprement religieuses proposées par certaines Eglises.

En milieu rural indien, Ram et Datta (1976) ont observé que les hindous utilisent le moins les services de santé publics de base. Ils notent d'ailleurs également des différences d'utilisation selon les castes. En Sierra Leone, les enfants malades consultent significativement plus souvent lorsque leurs parents sont chrétiens plutôt que musulmans (GESLER et GAGE, 1987). De plus, le type de recours modernes utilisés y est influencé par la religion, les services de santé des missions étant notamment plus souvent utilisés par les chrétiens que par les musulmans.

La religion du chef de ménage constitue habituellement la religion de tout le ménage au Bénin. Nous avons émis l'hypothèse que certaines affiliations religieuses jouent un rôle important dans le comportement de recherche de soins. Nous pensons tout d'abord que les adeptes du *vodun* sont plus enclins que les membres des autres religions à visiter les guérisseurs traditionnels et les devins, de même qu'à utiliser surtout la phytothérapie en cas d'automédication. Il existe en effet une certaine symbiose entre religion et médecine traditionnelles. Les guérisseurs sont tous, ou presque, de religion traditionnelle. Certains d'entre eux, et c'est encore plus vrai pour les devins, en sont même les prêtres. Bien que cela semble plus fréquent dans le Sud que dans la sous-préfecture de Ouessè, les traitements eux-mêmes peuvent comporter une dimension religieuse (prières sur les médicaments) parfois très marquée, au point que le malade doit dans certains cas s'engager à participer activement au culte du *vodun*, si le traitement réussit. On comprend dès lors que les membres des autres religions soient souvent réticents à consulter un guérisseur ou un devin.

D'après de nombreux témoignages, les nouveaux convertis aux sectes chrétiennes récemment installées dans la sous-préfecture sont les moins enclins à les visiter. Beaucoup d'adeptes des sectes chrétiennes d'origine africaine seraient même farouchement opposés à tout commerce avec ce qui, de près ou de loin, a un lien avec la religion traditionnelle. Ils sont souvent eux-mêmes d'anciens adeptes du culte du *vodun* et se sont réfugiés sous l'aile protectrice des nouvelles sectes chrétiennes, à l'abri des ensorcellements et des empoisonnements (ou ce qui est considéré comme tel), nombreux au Bénin. Comme certaines de ces sectes, notamment l'Eglise du christianisme céleste bien implantée dans l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, pratiquent elles aussi divination et traitement par la foi, leurs membres y trouvent un substitut aux options thérapeutiques liées à la religion traditionnelle, qu'ils se refusent désormais d'utiliser. Le recrutement des membres de ces sectes thérapeutiques s'effectue partiellement par conversion de malades traités et guéris en leur sein. La rumeur affirme que les adeptes de telles sectes ne recherchent la guérison qu'au travers d'elles, délaissant également la fréquentation des services de santé modernes. Elle colporte également qu'ils ont renoncé à l'automédication à base de plantes, elle aussi trop connotée comme traditionnelle. Ce dernier point nous a été confirmé par des membres de ces sectes.

Ainsi, à l'hypothèse d'une surutilisation des guérisseurs, des devins et de l'automédication traditionnelle par les adeptes du *vodun* répond celle du non recours à ces options thérapeutiques par les membres des nouvelles sectes chrétiennes d'origine africaine, mais aussi celle d'une surutilisation des églises¹ thérapeutiques pour leurs fidèles. Les adeptes des autres religions, plus tolérants envers le culte du *vodun*, n'hésiteraient quant à eux guère à fréquenter les guérisseurs, ni d'ailleurs les églises thérapeutiques.

Globalement, la première action thérapeutique entreprise par les malades de notre échantillon est significativement très différente selon la religion du ménage ($p = 0,0001$, cf. Tableau 121). Il en va de même de l'automédication et des recours extérieurs pris séparément ($p = 0,0001$ pour chacun d'eux), mais pas pour l'inaction thérapeutique ($p = 0,944$).

¹ Nous utilisons indifféremment les termes églises et sectes, sans connotation péjorative attachée à ce dernier terme. Si l'on s'en tient à l'étymologie du mot secte, la plupart des nouvelles églises rencontrées au Bénin sont indéniablement des sectes, puisqu'elles sont le fruit de scissions, parfois successives, à partir d'églises évangéliques.

L'appartenance à certaines religions ne constitue donc pas un facteur de risque pour la passivité face à la maladie, comme c'était le cas de l'appartenance à l'ethnie *peul*. L'automédication est particulièrement peu utilisée par les membres des sectes d'origine européenne ou américaine (25 %), ainsi que par ceux des sectes d'origine africaine (55,1 %). Elle est par contre fortement utilisée par les catholiques et les protestants (74,9 %) et plus encore par ceux qui ne se réclament d'aucune religion (93,9 %). La situation est symétrique pour les recours directs à un spécialiste de la santé: seuls 3 % des malades sans religion et 22,2 % des catholiques et des protestants en ont visité un, alors c'est le cas de 40,9 % des adeptes des sectes africaines et de 70 % de ceux des sectes occidentales. Les musulmans et les pratiquants de la religion traditionnelle occupent une place intermédiaire entre ces deux pôles.

Le type d'automédication pratiqué est lui aussi globalement très distinct selon la religion ($p = 0,0001$). C'est aussi le cas pour l'usage exclusif de remèdes traditionnels et celui de médicaments modernes ($p = 0,0001$ pour l'un et l'autre), ainsi que pour l'utilisation de remèdes traditionnels auxquels on ajoute ou substitue ensuite des médicaments modernes ($p = 0,003$). Les membres des deux types de sectes sont très peu nombreux à n'utiliser que des remèdes traditionnels (0 % pour les sectes occidentales et 11,4 % pour les sectes africaines). C'est par contre le principal type d'automédication utilisé par les malades sans religion (51,6 %) et les musulmans (41,2 %). Les adeptes du *vodun* se retrouvent à nouveau dans une position intermédiaire, accompagnés cette fois des catholiques et des protestants. La totalité (seulement 5 cas!) des malades relevant des sectes occidentales ayant recouru à l'automédication n'ont utilisé que des médicaments modernes. C'est aussi le cas de 71,4 % des membres de sectes africaines. A l'autre extrémité, ce n'est le cas que de 25,8 % des malades sans religion et de 37,7 % des musulmans, ainsi que des catholiques et des protestants, les adeptes du *vodun* occupant toujours la position médiane.

Le passage des remèdes traditionnels aux remèdes modernes est beaucoup plus fréquent si l'on est de religion traditionnelle, catholique ou protestant et sans religion que si l'on est musulman ou membre d'une secte.

Catholiques et protestants, musulmans et *vodunsi*, soit les trois principales affiliations religieuses de la sous-préfecture, ne se distinguent guère par le type de médicaments – traditionnels ou modernes – pris en premier. De plus, ce premier médicament est aussi souvent moderne que traditionnel. Il s'agit par contre de plantes médicinales pour 67,7 % des malades sans religion. A l'inverse, il s'agit de médicaments modernes pour 100 % des membres des sectes occidentales et pour 80,3 % de ceux de sectes africaines.

Le type de recours extérieurs choisi est globalement influencé par la religion ($p = 0,027$). Toutefois, on constate que seule la fréquentation des UVS est significativement différente selon la religion ($p = 0,017$), lorsque l'on examine séparément son influence sur chacun des quatre types de recours extérieurs. Les *vodunsi*, les membres des sectes africaines et les malades sans religion n'ont pas du tout consulté un secouriste, contrairement aux catholiques, aux musulmans et surtout aux adeptes des sectes occidentales (de 4,6 à 14,3 % des consultations extérieures). Bien que les différences d'utilisation des tradipraticiens (incluant une seule visite à un devin!) selon l'affiliation religieuse ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,21$), essayons tout de même de dégager quelques tendances, afin de vérifier nos hypothèses. Aucun malade membre d'une secte, quelle soit d'origine africaine ou occidentale, n'a visité un tradipraticien comme premier recours extérieur. Tous les autres l'ont fait, mais dans une faible mesure. Proportionnellement, les malades sans religion et les catholiques ou protestants sont plus nombreux que les *vodunsi* à s'être tournés vers les guérisseurs. Aucune première consultation extérieure, après automédication ou non, n'a eu pour cadre une église thérapeutique.

Parmi les recours extérieurs formels, le type de services de santé retenu est lui aussi globalement très différent selon la religion du malade ($p = 0,0001$). Il en va de même pour les trois types de services que l'on trouve dans la sous-préfecture de Ouessè ($p = 0,0001$ à $0,0006$), mais pas des hôpitaux plus lointains. Les CCS attirent 75 % des membres des sectes occidentales, mais à l'opposé aucun malade sans religion et seulement 20 % des musulmans. Tous les malades sans religion sont allés au CSSP de Ouessè, alors qu'aucun membre de sectes occidentales ne s'y est rendu et seulement 21,5 % des musulmans. Plus de la moitié d'entre eux (52,3 %) se sont tournés vers l'hôpital Saint-Martin, contre aucun malade sans religion et seulement 4,8 % des catholiques et des *vodunsi*.

Ces résultats semblent en partie découler de la localisation respective des services de santé et des fidèles des différentes religions. Les musulmans en constituent le meilleur exemple. Ils se recrutent essentiellement dans l'est de la sous-préfecture et bénéficient donc de la meilleure accessibilité à l'hôpital Saint-Martin, qui assure une bonne moitié de leurs consultations. Remarquons au passage que l'étiquette confessionnelle de cet hôpital n'en limite pas l'utilisation par les musulmans ni probablement par les membres d'aucune autre confession. Les adeptes des sectes africaines y sont même proportionnellement plus nombreux que les catholiques et les protestants.

Il est temps de conclure en revenant sur nos hypothèses de départ. Si la religion est statistiquement liée à tous les niveaux de choix thérapeutiques, la nature de ces liens ne confirme que partiellement nos hypothèses. Les adeptes des sectes chrétiennes utilisent effectivement très peu la phytothérapie, mais ils sont aussi ceux, et cela nous ne l'avions pas prévu, qui d'une manière générale pratiquent le moins l'automédication. Tout se passe comme si leur aversion pour les plantes médicinales profite plus aux recours extérieurs qu'à l'automédication moderne. A l'encontre de notre hypothèse, ce sont les membres des sectes occidentales, et non pas des sectes africaines, qui s'écartent le plus de la moyenne par le refus d'utiliser des remèdes traditionnels. Il en va de même pour leur faible recours relatif à l'automédication en général. Si les membres des sectes ne fréquentent pas les guérisseurs, conformément à notre hypothèse, ils ne visitent pas non plus, du moins dans un premier temps, leurs églises dans un but thérapeutique, contrairement à ce que nous supposions. Toutes nos hypothèses concernant les fidèles du culte traditionnel se sont par contre avérées erronées. Ils se situent près de la moyenne aussi bien pour le recours à l'automédication, en particulier de la phytothérapie, que pour la fréquentation des guérisseurs.

La taille du ménage

L'influence de la taille du ménage sur les comportements de recherche de soins a peu été étudiée (SELWYN, 1987, pour des enfants d'âge préscolaire en Colombie). Nous avons retenu cette variable essentiellement à titre exploratoire, bien que nous puissions émettre quelques hypothèses, sachant notamment qu'il existe une relation entre la taille des ménages et leur niveau économique, même pondéré par le nombre d'individus par ménage. Alors que l'indice économique pondéré moyen est de 0,99 (cf. partie I, chap. 1), celui des ménages de 1 à 3 personnes se monte à 0,79. Il est de 0,95 de 4 à 6 personnes et de 7 à 9 personnes, de 1,15 de 10 à 12 personnes, de 1,05 de 13 à 15 personnes, culmine à 1,35 de 16 à 18 personnes et redescend à 1,09 de 19 à 24 personnes et à 0,91 de 25 à 30 personnes. Ce sont donc les ménages de taille moyenne à grande (de 10 à 24 personnes) qui bénéficient du meilleur niveau économique par personne. La faiblesse économique des petits ménages résulte principalement de leur structure par âge. Ils sont en effet essentiellement composés jeunes couples avec peu d'enfants en bas âge ou de personnes âgées vivant seules ou presque.

Nous posons l'hypothèse que, en raison de leur faible niveau économique, les petits ménages privilégient les solutions thérapeutiques les moins onéreuses. Ils pâtissent aussi souvent d'un déficit de mobilité dû au grand âge, à l'absence de voitures ou de motocyclettes personnelles et du manque de personnes pour accompagner le malade ou s'occuper du ménage pendant l'absence. Ces handicaps devraient limiter la fréquence des consultations extérieures. La meilleure assise économique des ménages moyens à grands leur offrirait au contraire une marge de manoeuvre supérieure. La multiplicité des sources de revenu et la solidarité interne devraient permettre de faire face aux coups durs sans trop regarder à la dépense. Même si les très grands ménages voient leur indice économique par individu passer sous la moyenne, leur situation devrait rester meilleure que celle des plus petits ménages. La capacité économique globale de ces ménages reste en effet importante, ce qui leur permet plus facilement de dégager rapidement quelques ressources pour répondre aux imprévus. Les ressources humaines sont également plus importantes dans les ménages moyens et grands que dans les petits: multiplicité des expériences thérapeutiques et meilleure connaissance de l'offre de soins, facilité pour trouver un accompagnant pour le malade allant consulter¹, pour envoyer quelqu'un chercher des médicaments en brousse ou au marché,

pour trouver un remplaçant qui s'occupe du ménage... A cet égard, il semblerait que la composition des ménages pourrait jouer un rôle clé. McKinlay (1972) rapporte en effet deux études montrant que les grandes multipares sous-utilisent les services de santé, faute de temps. A taille égale du ménage, le recours aux soins pourrait donc être différent, selon que le ménage est composé d'un couple avec beaucoup de jeunes enfants ou d'un mari polygame avec quelques enfants par femme. Dans ce dernier cas, il y a moins d'enfants par adulte et l'entraide au sein du ménage est plus facile.

Si globalement la taille du ménage différencie significativement la première action thérapeutique ($p = 0,0004$, cf. Tableau 121), ce n'est pas le cas pour l'automédication ni pour les recours extérieurs pris séparément. Akangah (1986) avait déjà relevé que la taille des ménages à Cotonou n'influait pas le choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur (déclaration de principe et non pas décision face à un cas concret). Par contre, l'inaction face à la maladie dépend de la taille du ménage dans la sous-préfecture de Ouessè ($p = 0,0001$). Les malades des plus petits ménages – 1 à 3 personnes – sont de loin les plus nombreux à ne rien faire en cas de maladie (13,3 %), suivis par les membres des ménages de 4 à 6 personnes (4,6 %). Dans les plus grands ménages – 25 à 30 individus – personne n'est laissé sans traitement.

Globalement, on ne prend pas les mêmes types de remèdes en automédication quelle que soit la taille du ménage ($p = 0,0001$). Les ménages de moins de 7 personnes utilisent significativement plus de remèdes modernes seuls ($p = 0,015$) que les autres. Ils emploient aussi moins de remèdes traditionnels seuls, mais cette différence n'est pas significative. Ce sont encore eux qui passent significativement le moins souvent des remèdes traditionnels aux remèdes modernes (6,4 % en moyenne pour les deux catégories), alors que c'est fréquemment le cas dans les plus grands ménages – plus de 15 personnes – (24,2 % en moyenne). Les remèdes traditionnels font d'autant plus souvent partie du premier traitement en automédication que le ménage est grand: 27,7 % pour les ménages de 1 à 3 personnes, 40,3 % pour ceux de 3 à 6 personnes, environ 50 % pour ceux de 7 à 15 personnes et environ 58 % pour ceux de 16 à 31 personnes ($p = 0,003$). La situation est exactement l'inverse pour la fréquence d'utilisation des médicaments modernes dès le premier traitement. De plus les petits ménages sont ceux qui associent ou substituent le moins souvent les deux types de remèdes. Ainsi, 80,9 % des malades

¹ Jusque vers 12 à 15 ans, les enfants sont accompagnés par un adulte aux services de santé. Ce sont habituellement des femmes qui tiennent ce rôle, sauf si aucune n'est disponible ou si le chef de ménage est fonctionnaire. Les adultes ne sont accompagnés que si le cas est grave. Ce sont alors plutôt des hommes qui accompagnent.

appartenant à des ménages de 1 à 3 personnes n'ont utilisé que des remèdes traditionnels ou que des médicaments modernes. Cette proportion diminue à 75,8 % pour les ménages de 4 à 6 personnes. Elle chute à 61,2 % pour ceux de 16 à 21 personnes et à 58,3 % au-delà de 21 personnes ($p = 0,048$ pour l'ensemble des catégories de taille des ménages).

Ces deux informations suggèrent que les petits ménages ont un accès plus limité que les grands aux remèdes issus de la brousse. La faiblesse économique des petits ménages n'est pas en cause ici, mais bien leurs ressources humaines. La probabilité de trouver une personne capable de mener à bien cette tâche (connaissance des recettes thérapeutiques, des plantes médicinales et de leur localisation, aptitude à marcher longtemps) est plus faible dans les petits ménages que dans les grands. Outre leur faible taille, les premiers sont en effet surtout composés de jeunes adultes, de jeunes enfants ou de vieillards. Il ne faut pas oublier non plus que le malade ne peut pas aller lui-même chercher le nécessaire en brousse et que les plantes médicinales ne se vendent pas sur les marchés de la sous-préfecture de Ouessè. Dans un petit ménage, si le malade est le chef de famille, il est très peu probable qu'un autre membre du ménage soit apte à sortir en brousse, en quête de plantes, activité plutôt réservée aux hommes. Des solidarités de famille ou de voisinage peuvent bien sûr se substituer à ces incapacités, mais dans la mesure du possible chaque ménage cherche à se débrouiller seul. Cela est d'autant plus facile que les médicaments modernes d'usage courant sont disponibles dans tous les villages.

Le type de services de santé consultés est globalement à peine lié à la taille des ménages ($p = 0,054$, cf. Tableau 123). Ce lien statistique est plus net pour l'utilisation d'un service de santé formel et pour celle d'un infirmier privé, considérés séparément. Cependant, les niveaux relatifs d'utilisation évoluent en dents de scie avec la taille des ménages, sans qu'aucune tendance ne se dégage.

Dans les grandes lignes, la conclusion est la même lorsque l'on analyse quel type de services de santé formels sont fréquentés en fonction de la taille des ménages.

Nous avons montré que, contrairement à notre hypothèse, les petits ménages ne sont pas vraiment pénalisés par leur taille par rapport aux ménages de taille moyenne à grande. S'ils ont effectivement tendance à rester plus souvent inactifs que les autres face à la maladie, ils consultent quasi aussi souvent que les autres. En cas d'automédication, ils se tournent plus volontiers vers les médicaments modernes, dont le coût semble moins rédhibitoire à ces ménages souvent modestes que la faible accessibilité des plantes de la brousse. Les mélanges, ajouts ou substitutions de remèdes traditionnels et modernes augmentent parallèlement avec la taille des ménages. Il faut sans doute y voir l'effet d'un accroissement de la capacité financière des ménages allié à une meilleure accessibilité aux remèdes... et sans doute à la multiplication des conseils et avis thérapeutiques. En cas de recours extérieur, la taille du ménage ne joue aucun rôle clair dans le choix d'un type de services de santé.

Le nombre d'épouses du chef de ménage

Il s'agit encore d'une variable exploratoire, dont la pertinence a priori nous paraît faible.

La première action thérapeutique retenue en cas de maladie n'est pas statistiquement liée au nombre d'épouses du chef de ménage. Et cela ni globalement ($p = 0,155$, cf. Tableau 121), ni pour chacune des trois possibilités d'action considérées séparément.

Le type de remèdes choisis pour l'automédication est par contre différent selon le nombre d'épouses ($p = 0,044$). L'utilisation des remèdes traditionnels augmente fortement avec le nombre d'épouses ($p = 0,029$). De 10,5 % avec aucune épouse, elle passe à environ 30 % avec une ou deux épouses, puis à 43,6 % avec trois épouses, pour finalement fléchir un peu avec quatre ou cinq épouses (37,5 %). La tendance inverse est relevée pour les médicaments

modernes utilisés seuls (de 68,4 % avec aucune épouse à 33,3 % avec quatre ou cinq épouses, mais la différence n'est pas statistiquement significative). Les différences d'utilisation enregistrées pour chacune des trois combinaisons de remèdes ne sont pas statistiquement significatives.

La différence relevée entre les chefs de ménage qui n'ont pas d'épouse et ceux qui en ont n'est probablement pas liée à la présence ou non d'épouse en soi. Ce facteur redondant renvoie à la taille des ménages. Un chef de ménage de sexe masculin sans épouse est soit un jeune homme déjà séparé de ses parents vivant seul (c'est plutôt rare, sauf chez les *Peul* et quelques fonctionnaires), soit un vieillard, soit encore un homme veuf depuis peu. Il dirige donc habituellement un très petit ménage, qui recourt, pour les raisons que nous venons de voir, beaucoup plus souvent aux médicaments modernes qu'aux remèdes traditionnels (85 % de leurs premiers traitements par automédication comprennent des médicaments modernes).

Aucune des différences selon le nombre d'épouses constatées dans le choix d'un type de services de santé n'est statistiquement significative.

La durée de résidence dans le village de domicile au moment de l'enquête

Les autochtones de la sous-préfecture de Ouessè sont peu mobiles. Ils ne quittent pas le village où ils sont nés pour s'installer dans un autre village de la sous-préfecture, si ce n'est les femmes, pour se marier. Chez les *Mahi*, les femmes restent d'ailleurs souvent dans leur village d'origine, même si leur mari habite dans un village voisin. Lorsqu'un homme autochtone quitte son village, c'est pour aller en ville ou même à l'étranger (Nigeria ou Côte d'Ivoire). Une forte majorité d'autochtones ont donc toujours vécu dans le village où nous les avons rencontrés. Nous les avons aussi considérés comme tels s'ils sont nés dans un village qu'ils n'ont quitté que momentanément. Terre d'immigration, la sous-préfecture compte à l'inverse de nombreux allochtones venant aussi bien du Sud que, surtout, du Nord-Ouest. Leur installation est très récente. Elle remonte souvent à moins de dix ans.

Notre hypothèse est que plus l'installation est récente et plus les immigrants tendront à utiliser les ressources sanitaires les plus visibles. Ce n'est en effet qu'avec le temps et la constitution de réseaux locaux que les allochtones peuvent connaître l'ensemble du potentiel de soins de leur sous-préfecture d'accueil et y trouver leurs repères. Or de nombreux auteurs ont insisté sur l'importance des réseaux d'interconnaissance sur les choix thérapeutiques, que ce soit à travers des conseils ou un meilleur accueil dans les services de santé (GESLER et GAGE, 1987). Morgan (1973) a aussi mis en évidence qu'à Lagos les immigrants étaient plus réceptifs aux pratiques médicales modernes, bien qu'ils soient en moyenne d'un plus bas niveau économique et qu'ils bénéficient d'une moindre accessibilité aux services de santé modernes.

Concrètement, cela signifie que les tradipraticiens devraient être très peu visités et les privés sous-utilisés. De plus, les médicaments modernes – qui ne changent pas d'une région à l'autre du Bénin et même au-delà – devraient largement supplanter une automédication traditionnelle rendue difficile par le changement de milieu écologique. Diesfeld, Kiniffo, Alihonou [*et al.*] (1988) ont observé dans la sous-préfecture de Banté, à l'ouest de celle de Ouessè, que les personnes ayant une expérience migratoire recouraient plus souvent aux thérapeutes modernes que les autres, mais moins souvent aux guérisseurs traditionnels et à l'automédication (sans distinguer le type de remèdes). Fassin (1992) a constaté que les habitants de Pikine bénéficient de soins d'autant meilleurs qu'ils y sont installés depuis longtemps. Le ressort de cette différenciation y repose sur le niveau socio-économique supérieur des personnes anciennement installées, alors que nous pensons que des différences dans la connaissance de l'offre jouent également un rôle important. En fait, ce facteur peut être considéré comme un cas

limite entre les facteurs de réalisation, si l'on privilégie ses implications économiques, et les facteurs prédisposants, si l'on privilégie ses implications sociales.

En examinant le Tableau 121, on constate que globalement la durée de résidence différencie le type de premières actions entreprises pour contrer la maladie ($p = 0,039$). Elle ne joue cependant aucun rôle dans la décision de ne rien entreprendre, alors que c'est le cas dans celle d'effectuer de l'automédication ($p = 0,017$) et dans celle de recourir à un spécialiste ($p = 0,007$). Les nouveaux arrivants utilisent proportionnellement bien plus souvent les services de santé que les autochtones ou même que les personnes établies depuis plus de dix ans (46,2 % pour un séjour de moins d'un an, contre 24,6 % pour les autochtones, avec une décroissance irrégulière d'un pôle à l'autre). La situation est grosso modo inverse pour le recours à l'automédication (53,8 % pour un séjour de moins d'un an et environ 70 % pour les autochtones et les personnes établies depuis plus de dix ans).

On relève également une différence statistiquement significative du type d'automédication en fonction de la durée d'établissement dans le village de domicile actuel ($p = 0,002$). Lorsque l'on compare les cinq catégories de durée de résidence, cette différence n'est pas significative pour les remèdes traditionnels utilisés seuls. Elle le devient tout juste si l'on oppose les personnes établies depuis moins de cinq ans à celles établies depuis plus de cinq ans et aux autochtones ($p = 0,052$). Environ 21 % des premiers ont utilisé des remèdes traditionnels seuls, contre presque 31 % des seconds. La tendance est en gros inverse pour l'usage des seuls médicaments modernes ($p = 0,001$ si l'on oppose les cinq catégories). Les tout nouveaux arrivants semblent toutefois s'écarter de ce modèle, avec un large déficit d'utilisation des remèdes modernes seuls par rapport aux immigrants installés depuis un à dix ans. Cela est dû au fait que les personnes arrivées il y a moins d'un an sont proportionnellement très nombreuses à avoir commencé le traitement par des remèdes modernes, puis à leur substituer ou à leur adjoindre des remèdes traditionnels (28,6 %). Le premier traitement tenté comprend d'autant plus souvent un médicament moderne que l'installation est récente (71,4 % pour les personnes arrivées il y a moins d'un an à 48,3 % pour les autochtones, avec une décroissance régulière avec l'allongement de la durée de résidence).

Le type de recours extérieurs choisi n'est pas significativement différent selon la durée de résidence du ménage, ni globalement ($p = 0,169$), ni pour chacun des quatre types. Cependant, 3,6 % des malades installés depuis plus de 10 ans et des autochtones réunis sont allés consulter un tradipraticien, contre 0 % des malades arrivés il y a moins de dix ans ($p = 0,046$ lorsque l'on oppose ces deux groupes de catégories).

Le type de recours extérieurs formels retenu est par contre très significativement différent selon la durée de résidence, aussi bien globalement ($p = 0,0001$) que pour chacun des trois types de recours disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè ($p = 0,013$ pour les CCS et $p = 0,0001$ pour chacun des deux hôpitaux régionaux). La fréquence d'utilisation d'un hôpital extérieur à la sous-préfecture ne varie pas significativement avec la durée de résidence. Les CCS sont d'autant plus fréquemment utilisés que la durée de résidence est longue. Les plus gros utilisateurs du CSSP de Ouessè sont proportionnellement les nouveaux arrivants et les autochtones, alors que c'est l'inverse à l'hôpital Saint-Martin.

Une fois de plus, la proximité entre ces différentes catégories de résidents et les divers types de services de santé explique une partie de ces résultats. Par exemple, les deux villages de notre échantillon les plus proches de l'hôpital Saint-Martin sont majoritairement habités par des allochtones. Rien d'étonnant alors à ce que 28,7 % des immigrants se tournent vers l'hôpital confessionnel, contre seulement 8,5 % des autochtones. Les ménages installés depuis moins de 5 ans tendraient à utiliser moins que les autres les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (mais $p = 0,277!$). Nous nous attendions à une tendance inverse, partant de l'hypothèse que les liens

avec la région d'origine – y compris avec ses hôpitaux – sont particulièrement intenses quand on l'a quittée depuis peu.

Au terme de cette analyse, nous pouvons conclure que nos hypothèses ne sont que partiellement vérifiées: les personnes arrivées depuis moins de cinq ou dix ans utilisent effectivement moins les remèdes traditionnels et les tradipraticiens. Par contre, elles ne sont proportionnellement pas plus nombreuses à préférer les services de santé formels, ni moins nombreuses à visiter les infirmiers privés. Les visites régulières d'un infirmier itinérant à Toui PK, village peuplé presque uniquement d'immigrés, explique largement cette absence de différence. De plus, nous n'avions pas prévu que les malades s'adonnaient d'autant plus à l'automédication, plutôt qu'à un recours extérieur, que la durée de résidence s'allonge.

La profession du chef de ménage et de sa première épouse

La profession du chef de ménage, parfois de la mère lorsque l'on s'intéresse spécifiquement aux enfants, constitue l'un des facteurs les plus étudiés de l'utilisation des recours thérapeutiques, souvent en relation ou en lieu et place du niveau d'éducation formelle et/ou du niveau économique. Ces trois facteurs sont en effet souvent corrélés. L'hypothèse sous-jacente est alors que l'accès aux recours thérapeutiques, notamment leur accessibilité géographique et financière et leur acceptabilité, se modifie avec le niveau socio-professionnel du chef de ménage. Plus celui-ci est élevé, plus les choix thérapeutiques seraient "modernes", soit une surutilisation relative des recours extérieurs et des médicaments modernes en cas d'automédication. De plus, les ménages dont le chef bénéficie d'un bon niveau socio-professionnel seraient mieux informés et plus critiques face à l'offre de soins de santé. Cela les amènerait à privilégier les recours extérieurs modernes d'un niveau moyen à élevé, plutôt que les services formels d'un bas niveau et les guérisseurs traditionnels. Cela semble vérifié à Cotonou, où les ménagères et les personnes en formation sont surreprésentées dans les centres de santé publics, alors que les artisans, commerçants et fonctionnaires le sont dans le secteur privé (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998). Outre la qualité des soins attendue, la commodité d'utilisation peut jouer un rôle dans ce choix différencié selon les professions, puisque l'accessibilité des services du secteur privé est meilleure, que le temps d'attente est y inférieur et les horaires plus souples. Plus enclins à veiller à la santé des membres de leur ménage et moins limités financièrement, les chefs de ménages d'un niveau professionnel supérieur seraient encore moins nombreux à rester inactifs face à la maladie.

Nous reprenons à notre compte cette hypothèse de travail, que nous testerons également pour la profession des premières épouses des chefs de ménages. Comme le suggèrent les résultats d'une étude de Gesler et Gage (1987) en Sierra Leone, la profession de la mère peut aussi jouer un rôle parce qu'elle influence son niveau de disponibilité. En cas de maladie, les enfants de ménagères y consultent plus souvent que ceux des autres catégories professionnelles. Mais ils consultent aussi moins souvent les services confessionnels et plus souvent les services de santé publics que les enfants de commerçantes ou d'agricultrices.

Nous avons distingué quatre catégories professionnelles – agriculteurs, commerçants et transporteurs, artisans et finalement fonctionnaires (y compris quelques élèves) – auxquels nous avons encore adjoint celle des ménagères pour les premières épouses des chefs de ménage. Il paraît bien hasardeux pour le Bénin d'affirmer a priori que les membres d'une de ces catégories gagne en moyenne mieux sa vie que ceux d'une autre. Les gains sont très variables au sein de chacune de ces catégories, seules les rares ménagères (femmes n'exerçant aucune activité lucrative ou productrice) ne gagnant rien. Les fonctionnaires comptent parmi les seuls actifs à bénéficier d'un revenu fixe. Mais la fonction publique béninoise est mal rémunérée, lorsqu'on la compare à celle des Etats voisins.

Pour la sous-préfecture de Ouessè, nous pouvons toutefois connaître assez précisément le lien entre profession et niveau économique, grâce à notre enquête domiciliaire qui, en sus de la profession du chef de ménage et de sa première épouse, demandait encore le nombre d'années de scolarité de chacun d'eux et relevait un certain nombre d'éléments permettant de calculer un indice économique global par ménage et un indice économique par ménage pondéré par le nombre de membres du ménage. Il en ressort que pour un indice économique pondéré moyen de 0,99, celui des ménages dont le chef est agriculteur est de 0,91, celui des commerçants est de 1,27, celui des artisans de 1,30 et celui des fonctionnaires de 2,11. Lorsque l'indice économique n'est pas pondéré par le nombre d'individus, la position des commerçants et des artisans s'inverse et ces valeurs sont alors respectivement de 7,95, 12,88, 9,75 et 16,2, pour une moyenne de 8,58. Les résultats obtenus pour les deux indices en fonction de la profession de la première épouse du chef de ménage sont très proches des valeurs précédentes.

Pour la durée moyenne de scolarisation, les agriculteurs arrivent en dernière position. Ils sont précédés par les commerçants, eux-mêmes précédés de peu par les artisans. Le niveau scolaire moyen des chefs de ménages fonctionnaires est de très loin supérieur à celui des artisans. La tendance est exactement la même pour la durée moyenne de scolarisation des premières épouses en fonction de la profession, avec cependant une durée moyenne inférieure à celle des chefs de ménages pour toutes les professions. Le niveau scolaire moyen des ménagères est le même que celui des commerçantes. Ainsi, on observe dans la sous-préfecture de Ouessè une corrélation de rang entre la profession du chef de ménage, son niveau de scolarisation et le niveau économique du ménage, qu'il soit calculé globalement ou pondéré par la taille de ce dernier. Il en va de même pour la profession de la première épouse du chef de ménage, son niveau de scolarisation et le niveau économique du ménage. Si nous allons étudier séparément ces trois facteurs, les deux premiers en tant que facteurs prédisposants et le dernier comme facteur habilitant, il est donc vraisemblable que les préférences thérapeutiques par catégorie se recoupent, sans qu'il soit vraiment possible de discerner au(x)quel(s) de ces facteurs elles sont dues.

Globalement, le premier choix thérapeutique est significativement différent selon la profession du chef de ménage ($p = 0,007$, cf. Tableau 121). Les différences d'inaction thérapeutique selon la profession sont à peine significative ($p = 0,053$). On note que tous les fonctionnaires ont entrepris une action thérapeutique lorsque la maladie a frappé leur ménage. A l'opposé, 8,9 % des ménages dont le chef est commerçant ou transporteur n'avait encore rien fait au moment de l'enquête. Il arrive assez souvent que l'on diffère un traitement ou même que l'on y renonce lorsque le chef de ménage est absent. De par leurs obligations professionnelles, certains commerçants et transporteurs sont souvent absents pour des périodes de quelques jours à quelques semaines. Cette particularité pourrait expliquer que l'inaction thérapeutique soit beaucoup plus fréquente dans leurs ménages que dans ceux des autres professions. L'automédication est significativement ($p = 0,011$) surutilisée par les agriculteurs et par les fonctionnaires (plus de 71 % chacun). Commerçants et artisans s'y adonnent par contre beaucoup moins (respectivement 55,4 % et 60 %). La situation inverse est relevée pour l'utilisation des recours extérieurs (25,6 % et 28,6 % pour les agriculteurs et les fonctionnaires, 35,7 % et 38 % pour les commerçants et les artisans, $p = 0,024$).

Globalement, le type de remèdes utilisés en automédication diffère fortement selon la profession du chef de ménage ($p = 0,0007$). Les agriculteurs et les artisans utilisent le plus les remèdes traditionnels seuls (environ 30 % pour chacun d'eux), les fonctionnaires le moins (13,3 %). Les commerçants emploient le plus les médicaments modernes seuls (58,1 %), alors que les trois autres catégories professionnelles ne se distinguent pas (environ 40 % chacune). Toutefois, ces différences d'utilisation des remèdes traditionnels et modernes employés

exclusivement ne sont pas significatives, si l'on compare à chaque fois les quatre catégories professionnelles entre elles.

Les fonctionnaires sont de loin ceux qui utilisent le plus souvent des remèdes modernes et traditionnels ensemble dès le début de l'automédication (16,7 %, $p = 0,0002$), alors que les trois autres catégories professionnelles le font très peu (agriculteurs) ou pas du tout (commerçants et artisans). La fréquence du passage d'un type d'automédication à l'autre est similaire pour les agriculteurs, les commerçants et les artisans. Chez les fonctionnaires, elle est par contre beaucoup moins fréquente dans le sens remèdes traditionnels vers médicaments modernes (différence non significative), alors que le passage inverse y est relativement surreprésenté (différence significative). Moins d'un tiers des premiers traitements par automédication chez les fonctionnaires et les commerçants comprennent des remèdes traditionnels (parfois en association avec des médicaments modernes), alors que c'est le cas pour presque la moitié des traitements chez les agriculteurs et les artisans. Ces proportions sont évidemment inversées pour les premiers traitements recourant aux médicaments modernes. De 71,4 % à 77,4 % des traitements complets en automédication des agriculteurs, des commerçants et des artisans ne comportent que des remèdes traditionnels ou que des médicaments modernes. Les fonctionnaires ne sont par contre que 53,3 % à ne pas avoir mélangé les deux types de remèdes.

Une fois l'option du recours extérieur retenue, le type de recours visités ne diffère plus significativement selon la profession du chef de ménage, et cela aussi bien globalement ($p = 0,445$) que pour chacun des quatre types de recours pris séparément. Il en va de même pour le choix d'un service de santé parmi les recours extérieurs formels. Relevons tout de même qu'aucun membre d'un ménage dont le chef est fonctionnaire n'est allé chez un infirmier privé, un secouriste ou un guérisseur. Ils préfèrent les services de santé publics, bien que leur statut ne leur offre pas la gratuité des soins dans les services étatiques. Aucun d'entre eux n'est allé à l'hôpital confessionnel Saint-Martin, contre 17,6 % en moyenne pour les trois autres catégories professionnelles. Seuls des ménages d'agriculteurs ont fréquenté les guérisseurs.

La première action thérapeutique est aussi globalement différente selon la profession de la première épouse du chef de ménage ($p = 0,003$). Mais cette fois, c'est l'inaction thérapeutique qui est statistiquement significative ($p = 0,0006$), alors que la fréquence relative de l'automédication et des recours extérieurs ne diffère pas significativement. C'est dans les ménages dont la première épouse du chef est ménagère que l'inaction face à la maladie est la plus fréquente (15,4 %), suivis par les artisanes (7,1 %), les fonctionnaires fermant la marche (0 %). Les ménages de ces dernières ont recouru à l'automédication dans la totalité des cas.

Le type de remèdes utilisés lors de l'automédication diffère aussi selon la profession des premières épouses des chefs de ménages ($p = 0,002$). Les ménages de ménagères et de fonctionnaires utilisent le moins les remèdes traditionnels seuls (respectivement 7,1 % et 16,7 %), à l'opposé de ceux d'artisanes et de commerçantes (36,7 % et 39,4 %). La situation est inverse pour les médicaments modernes utilisés seuls, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives. Aucun ménage de fonctionnaires ou de ménagères ne passe des remèdes traditionnels aux médicaments modernes, alors que c'est le cas pour 18,6 % des ménages d'agricultrices ($p = 0,008$). La situation est exactement inversée pour le passage des médicaments modernes aux remèdes traditionnels ($p = 0,042$). Encore une fois, on constate que le type de remèdes peu utilisés comme premier traitement tend à devenir le deuxième traitement. Seuls environ 18 % des premiers traitements dans les ménages dont la femme est ménagère ou fonctionnaire comportent des remèdes traditionnels (parfois associés à des médicaments modernes). Cette proportion est d'environ la moitié dans les ménages d'agricultrices, de commerçantes et d'artisanes. Les proportions sont exactement l'inverse pour les médicaments modernes comme premiers traitements.

Le choix d'un recours extérieur ne diffère significativement ni globalement, ni pour chacun des types de recours extérieurs formels ou non, en fonction de la profession de la première épouse du chef de ménage. La seule exception consiste en une surutilisation importante des infirmiers privés par les ménages des épouses n'exerçant aucune activité à l'extérieur de la maisons ($p = 0,027$).

Conformément à notre hypothèse, les ménages dont les chefs et/ou les premières épouses sont des fonctionnaires restent moins inactifs (en fait jamais!) face à la maladie que ceux des autres catégories professionnelles. Notre hypothèse n'est par contre pas du tout vérifiée pour la préférence entre l'automédication et les recours extérieurs, puisque les ménages ayant des chefs fonctionnaires sont, avec ceux des agriculteurs, ceux qui s'adonnent le plus volontiers à l'automédication et donc aussi le moins, après ceux des agriculteurs, aux recours extérieurs. Bien que non significative, la tendance est la même à cet égard pour les ménages dont la première épouse du chef est fonctionnaire. Si les ménages des fonctionnaires sont bien ceux qui ont utilisé le moins les remèdes traditionnels seuls, suivis d'assez près par ceux des commerçants, ce sont aussi ceux qui, dès le début du traitement, combinent le plus, et de loin, les remèdes traditionnels et modernes. Ils passent aussi le plus souvent des médicament modernes aux remèdes traditionnels. Bien qu'ils commencent plus souvent que les autres catégories professionnelles l'automédication par des médicaments modernes, les fonctionnaires ne font donc preuve d'aucune aversion à l'encontre des remèdes traditionnels. Agriculteurs et artisans choisissent dans les mêmes proportions les différents types de remèdes, alors que les commerçants recourent plus que tous les autres aux médicaments modernes seuls. Pour les ménages dont l'épouse du chef est fonctionnaire, la tendance reste la même que lorsque le chef est fonctionnaire, si ce n'est l'absence de traitements mixtes dès le départ.

Le type de recours extérieurs choisi n'est pas statistiquement différent selon la profession du chef de ménage ou de sa première épouse. Conformément à notre hypothèse, les fonctionnaires tendent cependant visiter le type de services considéré par eux comme le plus élevés, soit les services de santé formels. Mais les CCS sont alors autant utilisés que le CSSP de Ouessè et l'hôpital confessionnel est délaissé, malgré sa meilleure réputation. S'agit-il d'une forme de fidélité à la fonction publique et à l'Etat ou surtout le reflet d'une grande différence d'accessibilité? Le deuxième terme de l'alternative devrait l'emporter, sachant que le malade issu d'une famille de fonctionnaire habitant le plus près de l'hôpital confessionnel réside à 24 kilomètres, alors que la plupart des fonctionnaires habitent dans une localité disposant d'un CCS ou d'un CSSP.

Scolarité du chef de ménage, de sa première épouse et de leurs enfants

Le niveau d'éducation des adultes est généralement considéré comme un déterminant important du niveau de santé des ménages. De nombreuses études effectuées dans les pays en voie de développement mettent en évidence le déclin de la mortalité avec l'accroissement du niveau scolaire (CALDWELL, 1979; COCHRANE, O'HARE et LESLIE, 1980). L'impact du niveau d'éducation des mères sur la mortalité infantile serait particulièrement fort (BICEGO et BOERMA, 1993; BARRETT et BROWNE, 1996). A la suite d'une revue de la littérature concernant de très nombreux pays, Cleland et Van Ginneken (1988; 1989) concluent qu'une à trois années d'école sont associées avec une chute de 20 % du risque de mortalité infantile et que chaque année supplémentaire décroît encore ce risque. Ces résultats ont été calculés après ajustement des facteurs économiques. La Banque Mondiale (1994) conclut dans le même sens dans une étude limitée à l'Afrique: le taux de mortalité infanto-juvénile y serait jusqu'à 50 % inférieur lorsque la mère a atteint le niveau secondaire.

Barrett et Browne (1996) passent en revue les mécanismes liant le niveau d'éducation, notamment celui des mères, à une meilleure santé, particulièrement celle des jeunes enfants. L'utilisation des services de santé est l'un de ces mécanismes. Les mères éduquées reconnaîtraient quand une intervention est nécessaire et agiraient plus rapidement. Elles favoriseraient de plus les soins de santé modernes au détriment des pratiques traditionnelles, seraient plus enclines à utiliser des médicaments modernes et à le faire correctement et seraient encore plus confiantes dans leurs relations avec le personnel des services de santé modernes. Fassin (1992) est cependant beaucoup plus nuancé à ce propos. A partir d'une enquête à Pikine, il conclut que:

Si l'on devait, d'une phrase, expliciter l'influence du niveau socio-économique et scolaire sur l'usage par les malades des médecines africaines, on dirait volontiers que ni l'argent, ni l'école ne font rien à l'affaire. C'est en effet beaucoup plus le type de maladies ou de problèmes que le niveau de revenus ou d'études qui intervient dans la décision de consulter un guérisseur ou un marabout. Par contre, ces niveaux jouent un rôle dans la concrétisation de ces choix. Le montant parfois très élevé des traitements traditionnels peuvent constituer un obstacle aux cures traditionnelles.

En Tunisie, les personnes parlant français consultent 2,8 fois plus souvent les dispensaires que les autres, et cela aussi bien en milieu urbain que rural (BENYOUSSEF et WESSEN, 1974). Il y existe aussi une association, moins forte, entre la fréquentation des dispensaires et le fait de regarder la télévision ou de lire des journaux en arabes ou de savoir lire et écrire. En milieu urbain sénégalais, mères et enfants consultent d'autant plus souvent des services de santé privés plutôt que publics que le niveau scolaire de la mère est élevé (FASSIN, 1992). La tendance est identique à Cotonou (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998). A Calabar, au Nigeria, le taux de contact avec la médecine moderne est plus élevé chez les femmes qui sont allées à l'école primaire (GESLER, 1979). En Côte d'Ivoire, la scolarisation, toute durée confondue, est associée avec le recours plus fréquent à un hôpital pour les soins de base (LASKER, 1981). De plus, ceux qui ont été scolarisés ont des sources de soins plus diversifiées que les autres, y compris la médecine traditionnelle. En Sierra Leone, les enfants de moins de 5 ans vont plus loin en consultation si leur mère est scolarisée que si elle ne l'est pas (GESLER et GAGE, 1987).

Nous testerons donc ici l'hypothèse selon laquelle plus le niveau scolaire du chef de ménage croît, plus la proportion des recours extérieurs augmente, tout particulièrement celle des recours modernes et parmi eux ceux hiérarchiquement supérieurs. L'inaction thérapeutique devrait également diminuer avec le niveau de formation, alors que l'utilisation de médicaments modernes devrait augmenter en cas d'automédication. Il s'agit-là en fait de la même hypothèse que lors de l'analyse du rôle de la profession sur les choix liés à la première étape de l'itinéraire thérapeutique. Comme les épouses participent souvent aux décisions thérapeutiques, voire les prennent seules dans certains cas, nous examinerons également si leur niveau de formation différencie statistiquement les actions thérapeutiques entreprises dans leurs ménages. Nous avons déjà vu que le niveau scolaire des femmes est globalement très bas et qu'il s'agit d'un facteur faiblement discriminant, l'immense majorité d'entre elles n'ayant jamais fréquenté l'école. De plus, le nombre d'années d'école effectué par les femmes est assez bien corrélé avec celui effectué par leurs maris. Nous ne nous attendons donc pas à ce que ce facteur se révèle un déterminant puissant des choix thérapeutiques, ni qu'il apporte une information différente de celle livrée par le niveau scolaire des chefs de ménages. Il faut donc considérer ce facteur comme exploratoire, tout comme celui de la scolarisation effective de tous les garçons du ménage puis de toutes les filles en âge de fréquenter l'école. Ce dernier facteur est testé comme un indicateur de modernisme des ménages.

Bien des parents n'ont pas eu l'occasion de fréquenter l'école, peu accessible et réservée à une minorité lorsqu'ils étaient eux-mêmes enfants. Aujourd'hui, tous les villages officiels¹ et quelques villages inofficiels de la sous-préfecture de Ouessè disposent d'une école primaire. Les difficultés d'accès aux écoles ne justifient donc quasi plus la non scolarisation des enfants, qui reste toutefois fréquente, nous l'avons vu. D'autres facteurs, notamment économiques, interviennent également: taxe d'inscription, coût de l'uniforme et des fournitures scolaires, manque à gagner puisque les enfants ne travaillent pas. Des considérations pratiques jouent aussi fortement: les parents ont souvent besoins d'aide, que ce soit pour les activités ménagères, agricoles, commerciales ou artisanales. Scolariser les enfants constitue donc un réel sacrifice pour les parents, alors que le bénéfice à en tirer, pour les enfants et le ménage, ne s'impose pas comme une évidence. Et cela peut-être moins encore aujourd'hui qu'avant, depuis que la fonction publique ne recrute presque plus. Nous pensons que la décision consécutive à cette pesée des coûts et des bénéfices escomptés de la scolarisation des enfants constitue un des indices d'une attitude plutôt traditionaliste ou plutôt moderniste. Nous avons donc opposé les ménages où tous les enfants en âge d'aller à l'école primaire y vont à ceux où au moins un de ces enfants n'y va pas. Il est en effet fréquent que seule une partie des enfants scolarisables, le plus souvent des garçons, aillent à l'école. Les ménages n'ayant aucun enfant en âge de scolarité ont été exclus de l'analyse.

Le découpage des niveaux scolaires retenu pour l'enquête est calqué sur le cursus scolaire officiel: non scolarisés, une à quatre années d'école (au maximum jusqu'au cours élémentaire 2), cinq ou six années d'école (jusqu'au cours moyen 2), sept à dix années d'école (collège d'enseignement général), onze à treize années d'école (soit au mieux jusqu'au baccalauréat) et enfin plus de treize années de scolarité, c'est-à-dire ceux qui sont au moins entrés à l'université. Les années redoublées ne comptent pas, puisque nous relevons le dernier niveau atteint.

Globalement, la première action thérapeutique n'est pas significativement différente selon le niveau scolaire du chef de ménage ($p = 0,215$). Il en va de même lorsque l'on considère séparément la fréquence de l'inaction thérapeutique ($p = 0,606$) et celle de l'automédication ($p = 0,203$), même si l'on observe une tendance à la baisse de l'une et de l'autre avec l'augmentation du niveau scolaire du chef de ménage. Par contre, l'augmentation des recours extérieurs en fonction du nombre d'années d'école est elle significative ($p = 0,021$). La proportion des recours extérieurs est d'environ un quart pour les ménages dont le chef n'est pas scolarisé ou a effectué au mieux quatre années d'école. Elle passe à environ 35 % pour cinq et six années d'écoles, tout comme pour sept à dix années. La fréquence relative des recours extérieurs se tasse ensuite un peu (30,6 %) pour les ménages dont le chef est allé de onze à treize ans en classe, pour culminer à 42,9 % lorsque ce dernier est entré à l'université.

Le type de remèdes utilisés en automédication est globalement fort différent selon le niveau scolaire du chef de ménage ($p = 0,0001$). Cette différence n'est toutefois pas significative pour les diverses catégories de remèdes prises séparément, à l'exception des remèdes traditionnels et modernes utilisés simultanément dès le début du traitement ($p = 0,0001$). Non seulement ces différences ne sont presque jamais significatives, mais encore aucune tendance claire ne se dessine, si ce n'est celle d'une forte augmentation du mélange immédiat des deux types de remèdes avec l'accroissement du niveau scolaire. D'ailleurs, les deux catégories de chefs de ménages les plus scolarisées se caractérisent aussi par la plus faible proportion des traitements sans aucun mélange, immédiat ou non, de remèdes traditionnels et modernes (respectivement 55,9 % et 50 %, contre 72,7 % en moyenne pour les quatre autres catégories).

¹ A l'exception des villages officiels englobés au sein d'une agglomération. Le nombre d'écoles est alors inférieur au nombre de villages, mais leur accessibilité reste excellente.

Le type de recours extérieurs utilisés n'est pas significativement différent selon le niveau scolaire des chefs de ménages, et cela aussi bien globalement ($p = 0,203$) que pour chacune des quatre catégories de recours prises séparément. En observant plus finement les chiffres du Tableau 123, on remarque cependant que les services de santé modernes formels sont moins utilisés lorsque le chef de ménage est allé six années et moins à l'école que l'inverse (en moyenne 86,1 % contre 95,1 %, $p = 0,05$). A l'inverse, les secouristes sont proportionnellement plus utilisés lorsque le chef de ménage est peu ou pas allé à l'école (4,2 % en moyenne pour les deux premières catégories, contre 0 % pour les quatre suivantes, $p = 0,033$). Il en va de même pour le recours aux guérisseurs (3,1 % pour moins de 7 années d'école, contre 0 % pour 7 années et plus, mais $p = 0,16$). Houssou (1985) avait observé qu'à Cotonou il n'y avait pas d'influence de la catégorie sociale sur l'utilisation des guérisseurs traditionnels. Nous voyons que, en milieu rural et dix ans plus tard, ces derniers sont d'autant moins fréquentés que le niveau scolaire du chef de ménage s'élève et que seuls des agriculteurs les ont fréquentés. Par contre, le recours à un guérisseur tendrait à augmenter avec le niveau économique des ménages. La base statistique de ces conclusions reste toutefois limitée.

Le choix entre les différents recours formels n'est jamais significativement lié au niveau scolaire des chefs de ménages. De plus, aucune tendance cohérente en fonction du niveau scolaire, ne se dégage.

L'influence du niveau scolaire de la première épouse sur les choix thérapeutiques au sein du ménage est très proche, quoique plus faible encore, de celle du niveau scolaire de leur mari. Aucune différence d'utilisation de remèdes ou de services de santé n'est significativement liée à leur niveau scolaire. Cela ne doit pas nous étonner au vu du plus faible niveau scolaire moyen des femmes, et donc de la moindre différenciation qu'il introduit entre elles, ainsi que de leur moindre poids dans les décisions thérapeutiques.

Une fois de plus, nos hypothèses de départ ne sont que partiellement vérifiées. Il y a certes une tendance à la baisse de l'inaction thérapeutique avec l'augmentation du niveau scolaire. Mais elle est faible et non significative d'un point de vue statistique. On enregistre par contre bien une augmentation des recours extérieurs (mais pas réellement de diminution de l'automédication!) avec celle du niveau de formation des chefs de ménages. Il y a de plus effectivement une surutilisation relative des services de santé formels par les ménages dont les chefs sont fortement scolarisés (sept années et plus). Par contre, le niveau scolaire ne joue plus de rôle lorsqu'il s'agit de choisir entre différents types de services formels. De plus, contrairement à notre hypothèse, l'augmentation du niveau scolaire ne s'accompagne pas d'une utilisation plus fréquente des médicaments modernes en cas d'automédication, mais de celle des remèdes traditionnels et modernes pris conjointement dès le début du traitement. Le niveau scolaire des femmes ne joue quant à lui aucun rôle dans les choix thérapeutiques du ménage. Ce niveau est d'ailleurs fort bas, puisque pour 91,1 % des cas de maladie la première épouse du ménage impliqué n'a jamais fréquenté l'école.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le niveau scolaire des chefs de ménages et de leurs premières épouses joue donc un rôle relativement limité – mais a priori positif – dans les choix thérapeutiques. Il existe en effet un certain parallélisme entre la tendance à plus et mieux prendre en charge les cas de maladie et le niveau d'éducation scolaire. Cette tendance n'est cependant pas aboutie, puisque si elle privilégie les services de santé formels, indéniablement plus performants que les secouristes et certains privés (qu'en est-il des guérisseurs?), elle ne pousse pas vers les mieux cotés d'entre eux. Ces différences de comportement thérapeutique ne permettent toutefois pas d'opposer une population moderniste, formellement bien éduquée, à une population traditionaliste, peu ou pas scolarisée. Les chefs de ménages les mieux scolarisés sont en effet loin de rejeter l'automédication, y compris la phytothérapie. Cette dernière reste

d'ailleurs très commune partout au Bénin: selon une enquête nationale réalisée auprès de 911 ménages, 69 % d'entre eux avaient consommé des remèdes traditionnels au cours des deux dernières semaines (SODOGANDJI, 1990). La question reste ouverte quant à des différences de recours aux guérisseurs en fonction du niveau d'éducation. Ils n'ont pas du tout été utilisés comme premier recours extérieur par les malades des ménages dont les chefs ont effectué plus de six années d'école. Mais leur utilisation générale est si faible (12 cas), qu'il n'est pas possible de conclure.

Le fait que tous les enfants d'un ménage en âge d'aller à l'école soient scolarisés ou non n'a aucune influence sur le premier choix thérapeutique des malades du ménage. Par contre, si nous prenons en considération le sexe de ces enfants, on observe une tendance contradictoire, mais non statistiquement significative: les recours extérieurs sont proportionnellement plus souvent choisis que l'automédication ou l'inaction lorsque toutes les filles du ménage vont à l'école, alors que l'on relève l'inverse lorsque tous les garçons du ménage vont à l'école. Dès lors, il est difficile d'affirmer que la scolarisation de tous les enfants implique une attitude particulière quant à la prise en charge de la maladie.

Si globalement le type d'automédication ne diffère pas significativement selon la scolarisation ou non de tous les enfants du ménage, on observe que les ménages scolarisant tous leurs enfants recourent significativement plus souvent aux seuls médicaments traditionnels plutôt qu'à toute autre forme d'automédication que ceux qui ne scolarisent pas ou partiellement leurs enfants. A l'inverse, l'usage exclusif de médicaments modernes est significativement inférieur dans les ménages scolarisant tous leurs enfants. Ce double constat semble infirmer notre hypothèse selon laquelle les ménages scolarisant tous leurs enfants seraient plus "modernistes", ce qui aurait impliqué un recours préférentiel aux médicaments modernes en cas d'automédication.

Globalement, le type de premiers recours extérieurs est significativement associé au statut scolaire des enfants du ménage ($p = 0,029$). Cela reste vrai si l'on oppose seulement les ménages scolarisant tous leurs enfants à ceux ne les scolarisant pas tous, en excluant les ménages sans enfants en âge d'aller à l'école ($p = 0,016$). Par contre, les deux types de ménages choisissent dans la même mesure un service de santé formel, par opposition à l'ensemble des recours extérieurs informels. Le choix d'un type de services de santé formels n'est jamais significativement associé au statut scolaire des enfants du ménage.

La possession à la maison de médicaments modernes et de remèdes traditionnels

Jusqu'à présent, les facteurs testés comme déterminants du comportement de recherche de soins de la population étaient essentiellement de type démographique. Nous pensons que certains comportements présents ou passés peuvent également être considérés comme des facteurs prédisposants au recours à l'automédication ou aux spécialistes de la santé. Nous avons déjà abordé l'un d'eux lors de l'étude des itinéraires thérapeutiques: la disponibilité à domicile d'une réserve de médicaments traditionnels et/ou modernes (cf. partie III, chap. 3h). Nous avons alors pu conclure que la probabilité de consulter rapidement un spécialiste de la santé après un début de traitement par automédication était 1,7 fois plus élevée si l'on conservait à la maison des remèdes modernes et 1,9 fois supérieure si l'on y gardait à la fois des remèdes traditionnels et modernes. Nous reprenons ici ce facteur, mais en l'analysant cette fois sur les choix liés à la première étape de l'itinéraire thérapeutique. L'analyse reprendra successivement les deux modalités selon lesquelles ce facteur se décline: possession d'une réserve ménagère (même très limitée) de médicaments modernes, puis de remèdes traditionnels.

Nos hypothèses sont premièrement que les ménages détenteurs de telles réserves pratiquent plus que les autres l'automédication en général. Deuxièmement, les possesseurs d'une

“pharmacie de ménage” contenant des remèdes modernes privilégient plus que les autres le recours aux médicaments modernes en cas d’automédication, alors que les détenteurs de remèdes traditionnels utilisent surtout ce dernier type d’automédication. La disponibilité immédiate et gratuite (du moins au moment de l’utilisation!) à domicile de remèdes devrait en effet fortement inciter à les utiliser en cas de besoin. Ils ont précisément été achetés ou conservés d’un traitement précédent en prévision d’un besoin futur. Mais il faut garder à l’esprit que ces réserves familiales sont habituellement très limitées, aussi bien en volume qu’en diversité. Elles ne sauraient donc de loin pas répondre à tous les besoins. Quoi qu’il en soit, conserver des remèdes implique que l’automédication est une démarche familière. De plus, le type de remèdes mis en réserve donne une première indication sur les habitudes de consommation médicale des ménages. Notre troisième et dernière hypothèse est que les détenteurs de remèdes traditionnels recourent plus aux guérisseurs que ceux qui n’en possèdent pas, mais aussi que ceux qui conservent des médicaments modernes à domicile. La détention d’une “pharmacie de ménage” constitue un exemple de facteurs à l’intersection des facteurs prédisposants et des facteurs de réalisation. Elle dénote clairement la propension à pratiquer l’automédication, tout en la rendant possible.

Globalement, le type de premières actions thérapeutiques entreprises en cas de maladie est significativement différent selon que le ménage possède ou non une réserve familiale de médicaments modernes¹ ($p = 0,025$, cf. Tableau 121). L’inaction face à la maladie est significativement plus rare lorsque le ménage dispose de tels remèdes (1,7 % contre 4 %, $p = 0,035$). La pratique de l’automédication est par contre significativement plus fréquente (73,9 % contre 67,9 %, $p = 0,026$), alors que la faible différence de fréquence relative des recours extérieurs n’est pas statistiquement significative.

Il n’y a par contre aucune différence dans le type de remèdes ou de combinaisons de remèdes retenu en cas d’automédication, et cela aussi bien globalement pour les cinq types d’automédication ($p = 0,734$), que pour chacun d’entre eux pris séparément.

Ceux qui détiennent des remèdes modernes vont significativement moins souvent chez un infirmier privé que ceux qui n’en ont pas (3 % contre 8,4 %, $p = 0,04$), alors qu’ils vont plus souvent chez un guérisseur (5,3 % contre 1,6 %, $p = 0,029$). Nous sommes incapable d’émettre ne serait-ce qu’une hypothèse pour expliquer de tels résultats. Aucune différence significative n’est relevée dans l’utilisation des services de santé formels considérés globalement, ni dans celle des UVS. Le facteur étudié ne différencie pas davantage les niveaux d’utilisation relative des quatre types de services formels.

Globalement, le type de premières actions thérapeutiques entreprises en cas de maladie est lui aussi significativement différent selon que le ménage possède ou non une réserve familiale de remèdes traditionnels ($p = 0,0001$). La détention de remèdes traditionnels révèle les mêmes tendances que celle de remèdes modernes: moins d’inaction thérapeutique (différence non significative cette fois), plus d’automédication (76,3 % contre 65,3 %, $p = 0,0001$) et moins de recours extérieurs (21,4 % contre 30,7 %, $p = 0,0002$).

Le type d’automédication est cette fois très différent selon que l’on possède ou non des remèdes traditionnels à domicile ($p = 0,0001$). Lorsqu’ils en détiennent, les malades utilisent plus souvent les remèdes traditionnels seuls (39,1 % contre 22,4 % pour ceux qui n’ont pas de telles réserves, $p = 0,0001$), plus souvent les remèdes traditionnels auxquels ils adjoignent ou substituent ensuite des médicaments modernes (21,9 % contre 11,5 %, $p = 0,0001$) et moins souvent les médicaments modernes seuls (25,1 % contre 53,9 %, $p = 0,0001$).

¹ La possession d’une réserve de médicaments modernes n’est pas incompatible avec celle de remèdes traditionnels. De même, ceux qui ne disposent pas de médicaments modernes peuvent détenir ou non des plantes médicinales. Nous analysons séparément les deux types de réserves familiales de remèdes, sans chercher à les croiser entre eux.

Les détenteurs d'une réserve de remèdes traditionnels recourent significativement plus aux guérisseurs que ceux qui n'en ont pas (6,3 % contre 0,7 %, $p = 0,0006$). Cela tendrait à prouver qu'automédication à base de plantes médicinales et recours à un guérisseur relèveraient d'un même comportement sanitaire "traditionnel". La plus grande prudence s'impose toutefois face à une telle conclusion, probablement hâtive. On rappellera en effet que la possession de médicaments modernes est aussi significativement liée à une surutilisation relative des guérisseurs.

Les différences constatées dans le recours aux trois autres types de recours extérieurs ne sont pas statistiquement significatives, tout comme les différences entre les quatre types de recours extérieurs formels.

Une fois de plus, nos hypothèses ne sont pas totalement vérifiées. Conformément à notre attente, disposer d'une "pharmacie de ménage", quel que soit le type de remèdes qu'elle renferme, va de pair avec un recours à l'automédication plus fréquent. L'automédication traditionnelle pure est plus fréquente quand on dispose d'une réserve de plantes médicinales que dans le cas contraire, où l'usage des médicaments modernes domine largement. Contrairement à notre hypothèse, la disponibilité à domicile de médicaments modernes n'implique pas que ce type d'automédication soit plus souvent utilisé. Les médicaments modernes d'usage courant étant facilement accessibles dans tous les villages et la réserve familiale de tels remèdes n'étant pas forcément adaptée aux besoins du moment, cette dernière ne constitue donc pas une réelle incitation à choisir ce type d'automédication. Il n'en va pas de même des remèdes traditionnels, beaucoup moins accessibles. Ne pas posséder de remèdes traditionnels à domicile (ce qui n'exclut pas la détention de médicaments modernes) constitue étonnamment un facteur d'utilisation de médicaments modernes plus fort que la possession de ces derniers (53,9 % d'utilisation relative de médicaments modernes seuls, contre 41,7 %). Notre troisième hypothèse est à moitié vérifiée. Les détenteurs de remèdes traditionnels recourent plus souvent aux guérisseurs que ceux qui n'en possèdent pas à la maison, mais guère plus que les détenteurs de médicaments modernes. Il ressort encore de cette analyse que la détention à domicile d'au moins un type de remèdes diminue d'environ deux fois la (faible) probabilité de rester inactif face à la maladie. Plus que l'éventuelle disponibilité immédiate de remèdes adéquats, c'est sans doute l'attitude face à la santé et aux soins, traduite par la possession d'une réserve de remèdes, qui explique cette différence.

La visite antérieure par un membre du ménage de différents types de recours extérieurs

La fréquentation ou non par le passé des différents types de recours extérieurs disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè devrait aussi conditionner le comportement actuel de recherche de soins de santé. Même si une telle visite est unique, si elle n'a impliqué qu'un membre du ménage et si elle est ancienne, elle prouve au moins que le type de services de santé en question est considéré par le ménage comme acceptable et accessible, du moins en certaines circonstances. Une telle information est facile à obtenir. Il suffit de demander au chef de ménage ou à son épouse si par le passé au moins l'un des membres du ménage a déjà fréquenté un CCS, le CSSP de Ouessè, un infirmier privé, un guérisseur... La fiabilité des réponses n'est sans doute pas parfaite. Certaines réponses pourraient être volontairement fausses. Le risque le plus évident concerne les fidèles de l'Eglise du christianisme céleste qui ne doivent pas consulter les guérisseurs ni les devins. D'une manière générale au cours de nos enquêtes, nous n'avons jamais décelé de volonté de dissimulation. Mais il serait naïf de croire que tout ait été dit, que tout fût vrai. A cette question, plusieurs personnes nous ont répondu en substance que depuis qu'elles s'étaient converties au Christianisme céleste, elles n'avaient plus visité de guérisseurs ou de devins.

Les types de recours extérieurs testés sont regroupés par grande catégorie. Celle des services de santé modernes formels comprend les CCS, le CSSP de Ouessè, l'hôpital Saint-Martin de Papané et enfin d'autres hôpitaux hors de la sous-préfecture. Celle des infirmiers privés distingue les infirmiers dans leur cabinet des infirmiers itinérants. La catégorie des recours traditionnels différencie les guérisseurs des devins. Les églises thérapeutiques constituent à elles seules la dernière catégorie. Pour chacune de ces catégories, nous avons distingué si le ménage en avait déjà fréquenté aucune, 1, 2, 3... composantes, peu importe lesquelles. Dans l'analyse des catégories infirmiers privés et recours extérieurs traditionnels, nous nous sommes toutefois souvent contenté d'opposer les ménages qui ont déjà utilisé un service de cette catégorie, peu importe lequel et leur nombre, à ceux qui ne l'ont jamais fait. Notre hypothèse est que la probabilité d'un recours extérieur dans l'un ou l'autre service de santé de la catégorie testée est plus importante si le ménage l'a déjà fréquenté par le passé. Il devrait même y avoir une gradation en fonction du nombre de composantes visitées au préalable.

Globalement, la première action thérapeutique est significativement différente en fonction de la fréquentation antérieure de services de santé modernes formels ($p = 0,0001$, cf. Tableau 121). Les malades pratiquent d'autant plus facilement l'automédication que le nombre de types de services de santé visités par le passé est faible ($p = 0,0001$). Lorsque l'on n'a jamais visité de service formel, le recours à l'automédication atteint même 90,9 % des cas. La relation inverse est observée par rapport aux recours extérieurs ($p = 0,0001$). La proportion des recours passe de 4,5 % pour ceux qui n'ont jamais visité de services formels à 35,2 % pour ceux qui en ont expérimenté trois types (mais seulement 24,6 % pour ceux qui en ont visité quatre). La fréquence de l'inaction thérapeutique ne varie par contre pas en fonction des antécédents de consultation.

Bien que certaines différences soient statistiquement significatives, nous n'observons aucune tendance cohérente dans le type de remèdes utilisés en automédication, en fonction de la fréquentation passée des services de santé formels.

Selon ce facteur, le type de recours extérieurs choisi est significativement différent. Et cela aussi bien globalement ($p = 0,003$) que pour les services formels, les secouristes et les guérisseurs pris séparément. L'utilisation des services formels augmente parallèlement au nombre de types de tels services déjà expérimentés (de 33,3 % pour aucune visite préalable à 97,2 % pour quatre types, en passant par 79,2 % pour un type). La tendance est exactement inverse pour l'utilisation des secouristes et des guérisseurs.

Les malades dont le ménage n'a jamais expérimenté les infirmiers privés recourent plus souvent à l'automédication que les autres (71,2 % contre 66,4 %, mais cette différence n'est pas significative). L'inverse est vrai pour les recours extérieurs (25,4 % contre 30,5 %, $p = 0,049$). Tout comme pour les services de santé formels, le recours passé à un infirmier privé ne modifie en rien la fréquence de l'inaction thérapeutique.

Globalement, l'utilisation passée des infirmiers privés ne joue aucun rôle dans le choix des médicaments utilisés en automédication ($p = 0,134$). Il n'y a pas davantage de différence significative lorsque l'on examine séparément les médicaments modernes et les remèdes traditionnels. Par contre, la fréquence du passage des médicaments modernes aux remèdes traditionnels augmente avec la fréquentation passée des infirmiers privés (8,2 % contre 13,1 %, $p = 0,019$).

Le type de recours extérieurs est globalement très différent selon que le ménage du patient a une expérience passée du recours aux infirmiers privés ($p = 0,0001$). Lorsqu'une telle expérience n'existe pas, il est exceptionnel que l'on utilise ce type de recours en cas de maladie, alors qu'il est souvent employé dans le cas contraire (0,7 % contre 18,7 %, $p = 0,0001$). Cette

augmentation s'effectue au détriment des trois autres types de services, mais seule la différence de recours aux services de santé formels est statistiquement significative ($p = 0,0001$).

La fréquentation passée d'un privé influence globalement le type de services de santé formels choisi ($p = 0,0001$). Cela reste vrai pour l'hôpital Saint-Martin et pour le CSSP de Ouessè pris séparément, bien que pour ce dernier la tendance ne paraisse pas pertinente. Seuls 3,4 % des malades dont le ménage a déjà consulté un privé sont allés à l'hôpital Saint-Martin, contre 23 % pour les autres ($p = 0,0001$). Nous sommes incapable de l'expliquer, ni même de proposer des hypothèses satisfaisantes.

Le choix de la première action thérapeutique est globalement différent selon qu'au moins un des membres du ménage a déjà fréquenté dans le passé un guérisseur et/ou un devin ($p = 0,0001$). Cette différence est également significative pour l'automédication et pour les recours extérieurs pris séparément, mais pas pour l'inaction thérapeutique. L'automédication est d'autant plus fréquente que le ménage a déjà expérimenté un recours extérieur traditionnel (64,5 % s'il n'y a aucun antécédent, 74,3 % pour un antécédent avec un type de recours traditionnels et 76,3 % avec deux types de recours traditionnels, $p = 0,0001$). La tendance est inverse pour les recours extérieurs: de 31,1 % de recours extérieurs si le ménage n'a aucune expérience d'un recours traditionnel à 21,8 % en cas de fréquentation passée de guérisseurs et de devins ($p = 0,003$).

Le type de remèdes utilisés en automédication est lui aussi très différent selon ce facteur ($p = 0,0001$). Les malades dont le ménage a déjà visité un guérisseur et/ou un devin utilisent plus souvent des remèdes traditionnels d'un bout à l'autre du traitement (33,7 % contre 25,6 %, $p = 0,007$). La tendance reste la même pour l'utilisation préalable de remèdes traditionnels auxquels ont adjoint ou substitué ensuite des médicaments modernes (19,3 % contre 12,2 %, $p = 0,003$). La tendance s'inverse par contre pour l'utilisation exclusive de médicaments modernes (32,9 % contre 50,3 %, $p = 0,0001$). Le premier traitement par automédication de ceux qui n'ont jamais utilisé un recours extérieur traditionnel comporte un médicament moderne, parfois associé avec un remède traditionnel, dans 60,4 % des cas et au moins un remède traditionnel dans les autres cas. Cette proportion n'est que de 45,3 % pour les premiers traitements dans les ménages avec une expérience des recours traditionnels.

Le type de recours extérieurs est lui aussi globalement différent en fonction de l'expérience passée ($p = 0,033$). Si l'on considère séparément les quatre types de recours extérieurs, seul celui aux guérisseurs est significativement différent selon l'expérience passée (0,8 % lorsque le ménage n'a jamais visité de recours extérieur traditionnel et 4,9 % dans le cas contraire, $p = 0,009$). Le choix d'un type de recours extérieurs formels n'est pas influencé par ce facteur, ni globalement ($p = 0,298$), ni pour chacune de ces quatre composantes prises séparément.

Nous avons finalement testé si la fréquentation passée d'une église à des fins thérapeutiques par l'un des membres du ménage est statistiquement liée aux différents choix thérapeutiques présents. Cela est bien le cas pour le premier choix entre l'inaction, l'automédication et le recours extérieur ($p = 0,0002$). Ceux dont le ménage a déjà utilisé les capacités thérapeutiques d'une église sont bien moins nombreux que les autres à pratiquer l'automédication (56,6 % contre 71,8 %, $p = 0,0001$). Le constat inverse s'impose pour les recours extérieurs (37,9 % contre 25,3 %, $p = 0,0004$).

Globalement, la différence de remèdes utilisés en automédication entre ceux qui ont un antécédent dans une église thérapeutique et ceux qui n'en ont pas est significative ($p = 0,025$). Les premiers utilisent moins souvent les remèdes traditionnels seuls que les seconds (22,3 % contre 30,8 %, mais cette différence n'est pas significative; $p = 0,075$). Ils recourent par contre

beaucoup plus souvent aux médicaments modernes seuls (54,4 % contre 39,5 %, $p = 0,004$). Les différences pour les diverses combinaisons de remèdes ne sont pas statistiquement significatives. Deux tiers des malades relevant de ménages ayant une expérience thérapeutique passée dans une église ont commencé leur automédication par des médicaments modernes (sans préjuger de la suite de l'automédication), contre seulement la moitié des autres.

Ni le type de recours extérieurs choisi, ni celui de recours extérieurs formels ne sont significativement distincts en fonction de la fréquentation passée ou non d'une église thérapeutique (cf. Tableau 124). Cela est aussi vrai globalement que pour chacun des types de recours testés. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, signalons tout de même que 3,2 % des malades dont le ménage n'a jamais consulté une église thérapeutique se sont dirigés vers un guérisseur, alors que dans le cas contraire cette proportion tombe à 0 %.

Concluons maintenant sur les différences de choix thérapeutiques effectués en fonction de la pratique ou non-pratique préalable des divers recours extérieurs disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè. L'expérience passée de l'un ou l'autre recours extérieur n'influence jamais la décision de s'engager ou non dans un itinéraire thérapeutique. Par contre, elle est fortement liée au choix entre l'automédication et le recours extérieur. La connaissance pratique au sein du ménage des services de santé formels, des services modernes informels et des églises thérapeutiques conduit à une surutilisation des recours extérieurs et à une sous-utilisation de l'automédication par rapport aux autres ménages. Le constat est exactement l'inverse pour les ménages qui ont déjà fréquenté un recours extérieur traditionnel: ils surutilisent l'automédication au détriment des recours extérieurs. Le choix d'un type de remèdes ou de combinaisons de remèdes lors de l'automédication est par contre moins influencé par ces expériences passées des divers types de services de santé. Les différences les plus significatives d'un point de vue statistique et sans doute les plus pertinentes sont, premièrement, la surutilisation relative des remèdes traditionnels par les ménages qui connaissent concrètement les guérisseurs et ou les devins, logiquement associée à une sous-utilisation relative des médicaments modernes et, deuxièmement, la sous-utilisation relative des remèdes traditionnels et la surutilisation des médicaments modernes par les malades des ménages ayant déjà recouru à une église thérapeutique.

Pour les recours extérieurs, les malades surutilisent largement en termes relatifs le type de services déjà expérimenté par leur ménage. Cela n'est vrai que pour trois des quatre types testés. En effet, bien que 71 malades appartiennent à des ménages qui ont déjà utilisé les services d'une église thérapeutique, aucun d'entre eux ne s'y est rendu. Ce qui montre bien le rôle marginal de ces églises sur le plan thérapeutique, du moins comme premier recours extérieur... et pour les pathologies testées. Autrement, l'attachement aux services de santé formels croît avec l'augmentation du nombre de services de ce type déjà utilisés, celui aux infirmiers privés avec leur connaissance préalable et celui aux guérisseurs avec leur utilisation passée. Par contre, lorsque ces types de recours n'ont jamais été utilisés auparavant, il est rarissime qu'ils aient été retenus pour traiter les cas de maladie étudiés durant notre enquête. L'innovation en termes de recours extérieurs constitue donc l'exception. Rappelons toutefois que nous traitons ici des seuls premiers recours extérieurs. Il n'est donc guère étonnant que la consommation médicale des malades se conforme alors aux habitudes du ménage. Les deuxièmes recours offrent une variété un peu plus large de choix thérapeutiques.

Ainsi, l'expérience passée d'un type donné de recours extérieurs n'est pas seulement déterminant, conformément à notre hypothèse, pour le choix de ce type, mais aussi – et d'abord, chronologiquement parlant – pour celui de recourir à un spécialiste plutôt que de pratiquer l'automédication. Parmi les quatre groupes, non exclusifs, de malades distingués en fonction de leurs expériences passées, deux se distinguent radicalement par leurs choix thérapeutiques: ceux

dont le ménage a déjà consulté un guérisseur et/ou un devin et ceux dont le ménage a déjà suivi un traitement thérapeutique au sein d'une église. Les premiers surutilisent relativement l'automédication, tout particulièrement avec des remèdes traditionnels, et le recours aux guérisseurs. Les seconds surutilisent les recours extérieurs, tout particulièrement les recours formels, et les médicaments modernes en cas d'automédication. Contrairement à ce que nous avons affirmé plus haut lorsque nous avons étudié l'influence de la religion sur les choix thérapeutiques, il semble bien se dégager ici deux populations distinctes, voire opposées, que l'on pourrait qualifier de traditionaliste et de moderniste. Toutefois, cette opposition ne recoupe pas parfaitement les appartenances religieuses, bien que la deuxième population soit singulièrement liée aux nouvelles sectes chrétiennes. En effet, la moitié des ménages qui affirment avoir déjà fréquenté une église dans un but thérapeutique sont membres d'une secte chrétienne d'origine africaine et près d'un dixième d'une secte chrétienne d'origine occidentale, alors que presque 30 % d'entre eux se déclarent catholiques ou protestants. Par contre, seuls 27 % des ménages qui ont déjà consulté un devin et 19 % de ceux qui ont recouru à un guérisseur au moins une fois par le passé relèvent du culte *vodun*. Avec respectivement 40 et 50 %, les catholiques constituent les principaux "utilisateurs" des recours extérieurs traditionnels, suivis par les musulmans (respectivement 21 % et 22 %). Les deux autres groupes de malades, ceux dont le ménage possède une expérience concrète des services de santé formels d'une part et des services de santé privés d'autre part, se situent entre ces deux pôles, mais plus près de ceux ayant déjà recouru aux églises thérapeutiques.

Ainsi la connaissance d'informations sommaires, donc aisées à recueillir, sur les antécédents thérapeutiques des ménages renferme une valeur prédictive certaine sur les comportements de recherche de soins futurs.

Le sexe de la personne ayant répondu au questionnaire

Il ne s'agit pas d'un facteur prédisposant, ni même d'un déterminant des recours thérapeutiques. Nous utilisons cette variable pour contrôler la fiabilité de nos données. Que notre interlocuteur soit un homme seul (63 % des cas), une femme seule (24 %) ou un homme et une ou plusieurs femmes (13 %) ne devrait en rien changer significativement les réponses au questionnaire, à moins que la mémoire soit plus ou moins sélective ou sûre selon le sexe... ou que les ménages ne présentent pas les mêmes caractéristiques générales selon le sexe de la personne qui a répondu. Ce serait alors ces différences de profil des ménages et non pas le sexe de l'interlocuteur qui impliquerait des réponses différentes aux questions relatives au comportement de recherche de soins.

Il n'existe globalement tout juste pas de différence statistiquement significative de première action thérapeutique en fonction du sexe de la personne qui a répondu ($p = 0,053$ si l'on distingue trois catégories de sexe et $p = 0,135$ si l'on se contente d'opposer les femmes aux hommes). Lorsqu'une femme a répondu, les malades du ménage pratiquent significativement plus souvent un recours extérieur que lorsqu'un homme a répondu (33,3 % contre 27 %, $p = 0,047$). Étonnamment, lorsqu'hommes et femmes ont répondu ensemble, le comportement de leur ménage face à la maladie ne se situe pas entre celui des deux autres catégories. Les recours extérieurs sont alors bien plus rares (20,4 %), au profit de l'automédication.

Globalement, le type de remèdes employés pour l'automédication ne dépend pas du sexe de la personne qui a répondu ($p = 0,172$). Cependant, si l'on oppose les seuls hommes aux femmes, la différence est significative, mais pour les seuls remèdes traditionnels (32,1 % contre 23 %, $p = 0,025$).

Il n'y a aucune différence significative dans le choix d'un type de recours extérieurs selon le sexe de l'interlocuteur, ni globalement, ni pour chacun des quatre types de recours pris

séparément, et cela aussi bien lorsque l'on compare les hommes aux femmes que les hommes, les femmes et les couples (à une exception près, peu pertinente). Par contre, le choix parmi les recours extérieurs formels est globalement très lié au sexe de la personne qui a répondu ($p = 0,0001$). Cela reste vrai pour le recours aux CCS ($p = 0,0001$) et à l'hôpital Saint-Martin ($p = 0,0004$). Lorsque ce sont des femmes seules qui ont répondu au questionnaire, les membres de leur ménage fréquentent beaucoup plus souvent les CCS que dans le cas contraire (57 % contre 31 %). Pour l'hôpital Saint-Martin, la tendance inverse est observée (3,5 % contre 20,8 %). Ainsi, lorsqu'une femme seule a répondu à notre enquête, son ménage surutilise nettement les services de santé formels les plus bas dans la hiérarchie locale et sous-utilise tout aussi fortement le service le mieux coté.

En définitive, quand une femme a répondu, plutôt qu'un homme ou un couple, le ménage ainsi représenté tend à utiliser plus souvent un recours extérieur en cas de maladie, ce dernier relève plus souvent du secteur formel, mais aussi plus souvent d'un niveau hiérarchique inférieur au sein de ce dernier. De plus, en cas d'automédication ce ménage utilise proportionnellement moins souvent des remèdes traditionnels. Contrairement à ce à quoi l'on pourrait s'attendre, les caractéristiques générales des ménages sont sensiblement différentes selon qu'un homme, une femme ou un couple aient répondu à nos questions. Par exemple, la distance moyenne au service de santé moderne le plus proche est de 5,6 kilomètres lorsque c'est un homme qui a répondu, alors qu'elle est seulement de 3,9 kilomètres lorsque c'est une femme. La taille moyenne du ménage, son appartenance religieuse et ethnique, son niveau économique, sa durée de résidence dans le village, la profession de son chef... diffèrent aussi sensiblement selon le sexe de l'interlocuteur. Ce sont très probablement ces différences et non pas le sexe en soi de ces derniers qui expliquent les divergences de comportement thérapeutique relevées selon le sexe de la personne qui a répondu. Par exemple, l'impact de la distance au service de santé moderne le plus proche sur ce comportement va tout à fait dans le sens relevé pour les ménages dont le porte-parole était une femme: plus cette distance est faible – et elle est nettement plus faible pour les interlocuteurs femmes qu'hommes – plus la tendance aux recours extérieurs est élevée, plus ces recours s'adressent aux services de santé formels et plus les CCS sont utilisés.

b) Les facteurs de réalisation

Rappelons que les facteurs de réalisation sont ceux qui offrent au malade la capacité d'utiliser les ressources disponibles. Nous avons retenu:

- la proximité des services de santé formels;
- la disponibilité de moyens de transport privés;
- la desserte des villages par les taxis collectifs;
- le lieu de résidence;
- le niveau économique du ménage.

Les trois premiers facteurs influencent l'accessibilité aux services de santé, et par là même l'ensemble des choix thérapeutiques; le quatrième facteur renvoie à la capacité de fréquenter certains lieux, selon leur acceptabilité sociale; le cinquième facteur conditionne l'accessibilité financière aux services de santé et aux médicaments du marché ou de la pharmacie.

La proximité des services de santé formels

Presque toutes les études s'intéressant à l'effet de la distance sur l'utilisation des services de santé mettent en évidence une diminution des taux d'utilisation avec l'augmentation de la

distance. Mais cette baisse est plus ou moins rapide, selon de nombreux autres facteurs, comme le niveau hiérarchique du service, la densité de services, le type de services recherchés, le diagnostic, le sexe et l'âge du malade, son niveau économique, les voies de communication, la disponibilité de moyens de transport... L'effet de la distance est généralement considéré comme plus important encore dans les pays en voie de développement, à cause de l'état des voies de communication, de la rareté de moyens de transport et du coût du transport élevé pour des populations pauvres (NOORALI, LUBY et RAHBAR, 1999). Parmi les études qui ont clairement mis en évidence la décroissance des taux d'utilisation ou la diminution de la proportion des recours extérieurs avec l'augmentation de la distance au service de santé le plus proche, citons celles de Igram, Bashshur, Shannon [*et al.*] (1971) aux Etats-Unis, de Clarke et Murdie (1978) aux Etats-Unis, de Stock (1983) au Nigeria, de Nnadi et Kabat (1984) au Nigeria, de Habib et Vaughan (1986) en Irak. Encore une fois, la distance, comme tous les autres déterminants, n'agit jamais seule. Ainsi par exemple, 61 % des premiers recours extérieurs des enfants du quartier de Gbégamey, à Cotonou, ont consulté dans le quartier même, contre 45 % des adultes (BOULLOUDANI, 1996). Non seulement les adultes sont plus mobiles, mais ils peuvent encore profiter de déplacements professionnels ou d'achat pour se faire soigner.

Très rares sont les études qui n'ont pas pu mettre en évidence de diminution des taux d'utilisation avec l'augmentation de la distance. C'est le cas par exemple pour les enfants de moins de 5 ans d'un district rural du Pakistan, qui souffraient des trois maladies infantiles localement les plus communes (NOORALI, LUBY et RAHBAR, 1999). Paradoxalement, les enfants vivant à moins de 4 kilomètres d'un service de santé public y effectuent proportionnellement moins (- 22 %) de visites que les autres. Lorsque l'on prend en compte la distance aux services de santé privés et le coût du traitement, le niveau de fréquentation des services de santé publics par ceux qui en habitent à moins de 4 kilomètres devient équivalente à celui des autres.

Nous avons étudié le rôle de la proximité des services de santé formels sur les comportements de recherche de soins au moyen de deux facteurs: la disponibilité locale d'un service de santé formel et la distance à un tel service. Par disponibilité locale, nous entendons la présence d'un service dans le village ou dans l'agglomération abritant les personnes interrogées, soit à moins de deux kilomètres d'elles et même, la plupart du temps, à moins d'un kilomètre. Quant à elle, la distance au service de santé formel le plus proche est une distance linéaire, suivant le chemin carrossable le plus court (à moto seulement pour Toui PK). Nous émettons l'hypothèse que l'inaction thérapeutique et l'automédication sont plus rares lorsque les malades disposent localement d'un service de santé formel – le type de recours extérieurs de loin le plus fréquent – et que les recours extérieurs sont plus fréquents. Le recours utilisé devrait être plus souvent du type formel et, parmi eux, le service local de loin préféré aux autres. L'hypothèse reste la même pour la distance, avec en plus le constat d'une gradation dans les comportements en fonction de son augmentation.

Tableau 125 Première action thérapeutique en fonction des facteurs habilitants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Rien fait		Automédication		Recours ext.		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Disponibilité p = 0,0001	Serv. s. ≤ 2 km	24	3.9	386	62.3	210	33.9	620	100.0
	Serv. s. > 2 km	20	2.8	544	76.2	150	21.0	714	100.0
Distance au service de	1 km	12	2.8	265	62.1	150	35.1	427	100.0
	2 km	12	6.2	121	62.7	60	31.1	193	100.0
	3 km	7	9.2	53	69.7	16	21.1	76	100.0

santé formel	4 km	1	1.0	69	69.7	29	29.3	99	100.0
le plus	5 km	3	1.4	153	72.9	54	25.7	210	100.0
proche	8 km	2	2.3	84	95.5	2	2.3	88	100.0
p = 0,0001	11 km	3	3.7	50	61.7	28	34.6	81	100.0
	17 km	4	2.5	135	84.4	21	13.1	160	100.0
Posses. auto	non	44	3.4	905	70.3	339	26.3	1288	100.0
p = 0,009	oui	0	0.0	25	54.3	21	45.7	46	100.0
Posses. moto	non	33	3.9	599	70.7	215	25.4	847	100.0
p = 0,08	oui	11	2.3	331	68.0	145	29.8	487	100.0
Posses. vélo	non	25	3.1	561	69.6	220	27.3	806	100.0
p = 0,855	oui	19	3.6	369	69.9	140	26.5	528	100.0
Desserte taxis	non	19	3.1	475	77.2	121	19.7	615	100.0
p = 0,0001	oui	25	3.5	454	63.2	239	33.3	718	100.0
Niv. éco. mén.	Bas	7	1.6	314	72.0	115	26.4	436	100.0
par individu	Moyen	26	6.2	297	70.4	99	23.5	422	100.0
p = 0,0003	Elevé	11	2.3	318	66.9	146	30.7	475	100.0
Niv. éco. mén.	Bas	14	3.3	323	75.3	92	21.4	429	100.0
global	Moyen	21	4.5	299	64.6	143	30.9	463	100.0
p = 0,0001	Elevé	9	2.0	307	69.6	125	28.3	441	100.0

N.B. Les 650 ménages étudiés ont été répartis en trois tertiles pour le niveau économique des ménages pondéré par la taille des ménages, tout comme pour le niveau économique global des ménages. Chaque malade relève du tertile auquel appartient son ménage. Les indices de 0 à 0,40 correspondent à un bas niveau économique par individu, ceux de 0,41 à 1,29 à un niveau économique moyen et ceux de 1,30 à 5,6 à un niveau économique élevé. Pour le niveau économique global des ménages, les trois niveaux économiques correspondent respectivement à des indices de 0 et 1, de 2 à 4 et de 5 à 38 (cf. partie I, chap. 1b pour la description de la méthode de calcul des indices économiques).

Il existe une association statistique très significative ($p = 0,0001$) entre la disponibilité locale d'un service de santé formel et la première action thérapeutique effectuée (cf. Tableau 125). Lorsqu'un malade habite à moins de deux kilomètres d'un service de santé, il a une chance sur trois de pratiquer un recours extérieur, contre seulement une chance sur cinq si ce n'est pas le cas (33,9 % contre 21 %, $p = 0,0001$). A l'inverse, les malades pratiquent significativement plus souvent l'automédication lorsqu'ils habitent à plus de deux kilomètres d'un service de santé formel¹ (76,2 % contre 62,3 %, $p = 0,0001$). Il n'existe par contre pas d'association statistiquement significative entre la disponibilité d'un service de santé formel et l'inaction thérapeutique.

Les mêmes associations statistiques très significatives se retrouvent entre la distance au service formel le plus proche et la première action thérapeutique. De plus, l'inaction thérapeutique est cette fois statistiquement liée à la distance ($p = 0,01$)... mais pas dans le sens escompté. L'inaction est en effet plus fréquente lorsqu'on habite à un, mais surtout deux et trois kilomètres d'un service de santé formel, que plus loin. Ceux qui ont choisi de recourir

¹ On pourrait même dire d'un service de santé moderne, peu importe qu'il soit formel ou non, puisque les quelques services de santé privés sont implantés dans les agglomérations où existent des services formels. Seule l'infirmière privée d'Odougba fait exception à cette règle, cette agglomération proche de Ouessè (quatre kilomètres) ne disposant pas d'un CCS. Mais aucun village de la commune d'Odougba n'est inclus dans notre enquête domiciliaire.

directement à un service de santé formel habitent en moyenne à 4,2 kilomètres du plus proche d'entre eux. Cette distance moyenne passe à 4,7 kilomètres pour ceux qui n'ont rien fait et grimpe à 5,9 kilomètres pour ceux qui ont pratiqué l'automédication.

Comme le montre la Figure 123, la tendance à l'augmentation de l'automédication et à la baisse des recours extérieurs avec l'accroissement de la distance à un service de santé formel n'est de loin pas régulière. Le mauvais ajustement des courbes traduit cette irrégularité ($r^2 = 0,33$ et $0,28$).

Globalement, le type de remèdes utilisés en automédication est significativement différent selon la disponibilité locale ou non d'un service de santé formel ($p = 0,0003$). Les remèdes modernes seuls sont plus souvent utilisés dans le premier cas que dans le second (45,1 % contre 38,3 %, $p = 0,039$), de même que les remèdes traditionnels et modernes simultanément dès le début du traitement (5,4 % contre 1,8 %, $p = 0,003$). La situation est inversée pour les remèdes traditionnels remplacés ou complétés ensuite par les médicaments modernes (11,1 % contre 19,4 %, $p = 0,0006$). Alors qu'à plus de deux kilomètres d'un service de santé formel le premier traitement en automédication comporte aussi souvent des remèdes traditionnels que modernes (peu importe les autres remèdes éventuellement pris ensuite), les remèdes traditionnels sont plus rarement utilisés que les médicaments modernes lorsque le malade dispose d'un service de santé local (43,3 % contre 56,7 %, $p = 0,021$).

Il existe aussi une association statistique très forte entre la distance au service de santé formel le plus proche et le type d'automédication ($p = 0,0001$). Considérés séparément, nous retrouvons une telle association pour les remèdes traditionnels utilisés seuls, pour les médicaments modernes seuls et pour les remèdes traditionnels suivis des médicaments modernes. Mais aucune tendance claire ne se dégage, les valeurs tantôt augmentant, tantôt diminuant avec l'accroissement progressif de la distance.

Le type de recours extérieurs utilisés dépend significativement de la disponibilité locale d'un service de santé formel ($p = 0,0002$). C'est également le cas pour la catégorie des services formels et celle des secouristes prises séparément. Sans surprise, la disponibilité locale de services de santé formels incite à choisir plus souvent un tel type de recours extérieurs que dans le cas contraire (90,5 % contre 83,2 %, $p = 0,023$). Elle éloigne de plus les malades des UVS (0 % contre 7,3 %, $p = 0,0001$). Cela s'explique aisément: il n'y a pas d'UVS dans les villages bénéficiant d'un service de santé formel. Personne ne va donc quitter une localité abritant un service de santé formel pour aller se faire soigner, plus loin et en principe moins bien, dans une UVS.

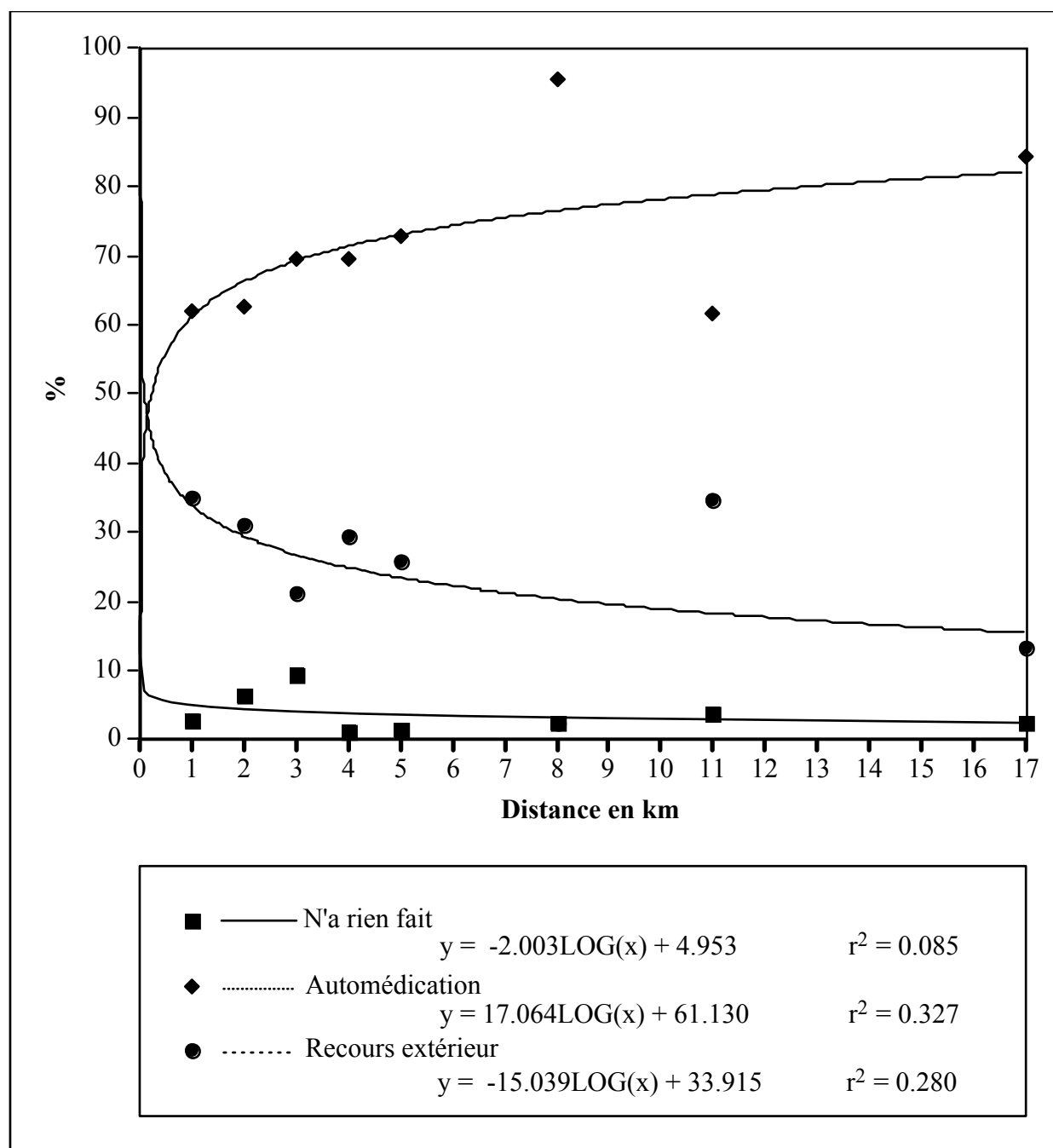


Figure 123 Première action thérapeutique en fonction de la distance au service de santé formel le plus proche (source: enquête domiciliaire, 1995).

N. B.: les valeurs pour les localités à des distances identiques ont été agrégées, ce qui améliore l'ajustement de la courbe aux points.

Le type de recours extérieurs utilisés est aussi statistiquement associé à la distance du plus proche service de santé formel ($p = 0,0001$). Comme le montre la Figure 124, la fréquentation relative des services formels diminue avec l'augmentation de la distance au plus proche d'entre eux ($p = 0,002$). Cette diminution relative est compensée par une tendance à l'augmentation du recours aux services de santé modernes privés, aux secouristes et aux guérisseurs (cette dernière n'étant pas statistiquement significative). Cependant, contrairement à la diminution du recours aux services formels, cette tendance est fort irrégulière, comme le prouve le très mauvais ajustement des courbes aux valeurs réelles (r^2 de 0,004 à 0,32). La fréquentation relative des services privés et des secouristes doit en effet bien plus à la disponibilité locale de ces ressources

sanitaires qu'à la distance du service de santé formel le plus proche. Cela sera confirmé plus loin, lorsque nous étudierons le type de premiers recours extérieurs par village: seuls les villageois bénéficiant, au sein du village ou de l'agglomération, des services d'un "infirmier" établi ou itinérant ou d'un secouriste utilisent ce genre de recours.

Tableau 126 Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs habilitants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	RT		RM		RT+RM		RT->RM		RM->RT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disponibilité p = 0,0003	Serv. s. ≤ 2 km	113	29.1	175	45.1	21	5.4	43	11.1	36	9.3	388	100.0
	Serv. s. > 2 km	166	30.5	209	38.3	10	1.8	106	19.4	54	9.9	545	100.0
Distance au service de santé formel le plus proche p = 0,0001	1 km	72	27.0	122	45.7	13	4.9	34	12.7	26	9.7	267	100.0
	2 km	41	33.9	53	43.8	8	6.6	9	7.4	10	8.3	121	100.0
	3 km	20	37.7	19	35.8	1	1.9	7	13.2	6	11.3	53	100.0
	4 km	27	39.1	27	39.1	0	0.0	8	11.6	7	10.1	69	100.0
	5 km	38	24.7	68	44.2	4	2.6	33	21.4	11	7.1	154	100.0
	8 km	38	45.2	13	15.5	3	3.6	18	21.4	12	14.3	84	100.0
	11 km	10	20.0	31	62.0	0	0.0	5	10.0	4	8.0	50	100.0
	17 km	33	24.4	51	37.8	2	1.5	35	25.9	14	10.4	135	100.0
Posses. auto p = 0,002	non	276	30.4	364	40.1	31	3.4	149	16.4	88	9.7	908	100.0
	oui	3	12.0	20	80.0	0	0.0	0	0.0	2	8.0	25	100.0
Posses. moto p = 0,248	non	170	28.4	255	42.6	19	3.2	103	17.2	52	8.7	599	100.0
	oui	109	32.6	129	38.6	12	3.6	46	13.8	38	11.4	334	100.0
Posses. vélo p = 0,027	non	175	31.1	215	38.2	23	4.1	86	15.3	64	11.4	563	100.0
	oui	104	28.1	169	45.7	8	2.2	63	17.0	26	7.0	370	100.0
Desserte taxis p = 0,0006	non	139	29.2	182	38.2	10	2.1	98	20.6	47	9.9	476	100.0
	oui	139	30.5	202	44.3	21	4.6	51	11.2	43	9.4	456	100.0
Niv. éco. mén. par individu p = 0,008	Bas	83	26.4	139	44.3	10	3.2	46	14.6	36	11.5	314	100.0
	Moyen	92	31.0	114	38.4	9	3.0	65	21.9	17	5.7	297	100.0
	Elevé	103	32.1	131	40.8	12	3.7	38	11.8	37	11.5	321	100.0
Niv. éco. mén. global p = 0,09	Bas	97	30.0	130	40.2	12	3.7	51	15.8	33	10.2	323	100.0
	Moyen	77	25.8	135	45.2	8	2.7	55	18.4	24	8.0	299	100.0
	Elevé	104	33.5	119	38.4	11	3.5	43	13.9	33	10.6	310	100.0

N.B. Les 650 ménages étudiés ont été répartis en trois tertiles pour le niveau économique des ménages pondéré par la taille des ménages, tout comme pour le niveau économique global des ménages. Chaque malade relève du tertile auquel appartient son ménage. Les indices de 0 à 0,40 correspondent à un bas niveau économique par individu, ceux de 0,41 à 1,29 à un niveau économique moyen et ceux de 1,30 à 5,6 à un niveau économique élevé. Pour le niveau économique global des ménages, les trois niveaux économiques correspondent respectivement à des indices de 0 et 1, de 2 à 4 et de 5 à 38 (cf. partie I, chap. 1b pour la description de la méthode de calcul des indices économiques).

La conclusion est quasi identique pour les guérisseurs, puisque la plupart des rares consultations enregistrées se sont déroulées dans le village même du malade. Contrairement à ce que la littérature rapporte pour d'autres régions d'Afrique subsaharienne (de Rosny, 1992), il n'existe pas dans la sous-préfecture de Ouessè de guérisseurs à la réputation telles que les patients s'y pressent, venant parfois de très loin. Le peu de malades qui fréquentent encore les guérisseurs de la sous-préfecture sont essentiellement issus de son village ou de sa commune. A l'inverse, nous n'avons pas entendu dire que des habitants de la sous-préfecture en sortaient pour consulter certains guérisseurs dont la renommée serait parvenue jusqu'à eux. Nous avons bien enregistré une ou deux consultations chez un guérisseur extérieur. Mais il s'agit d'initiatives très isolées, peut-être liées à une visite dans la région d'origine du malade. Il semblerait qu'il n'y ait pas non plus de guérisseurs itinérants ou de guérisseurs réputés qui viendraient à la demande dans la sous-préfecture de Ouessè. A l'inverse, les guérisseurs de la sous-préfecture n'en sortiraient pas ou plus, pour pratiquer au loin; bien que certains d'entre eux aient affirmé que l'on vient les chercher ou les consulter de loin.

Tableau 127 Type de premiers recours extérieur utilisés (après automédication ou non), selon les facteurs habitants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Méd.-inf.		Privé+itin.		Secouriste		Guérisseur		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Disponibilité p = 0,0002	Serv. s. ≤ 2 km	228	90.5	18	7.1	0	0.0	6	2.4	252	100.0
	Serv. s. > 2 km	159	83.2	12	6.3	14	7.3	6	3.1	191	100.0
Distance au service de santé formel le plus proche p = 0,0001	1 km	169	91.4	11	5.9	0	0.0	5	2.7	185	100.0
	2 km	59	88.1	7	10.4	0	0.0	1	1.5	67	100.0
	3 km	18	90.0	1	5.0	1	5.0	0	0.0	20	100.0
	4 km	32	94.1	0	0.0	0	0.0	2	5.9	34	100.0
	5 km	66	88.0	3	4.0	5	6.7	1	1.3	75	100.0
	8 km	3	75.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	4	100.0
	11 km	22	71.0	8	25.8	0	0.0	1	3.2	31	100.0
	17 km	18	66.7	0	0.0	8	29.6	1	3.7	27	100.0
Posses. auto p = 0,209	non	364	87.1	30	7.2	12	2.9	12	2.9	418	100.0
	oui	23	92.0	0	0.0	2	8.0	0	0.0	25	100.0
Posses. moto p = 0,736	non	228	86.7	20	7.6	9	3.4	6	2.3	263	100.0
	oui	159	88.3	10	5.6	5	2.8	6	3.3	180	100.0
Posses. vélo p = 0,008	non	226	85.3	20	7.5	14	5.3	5	1.9	265	100.0
	oui	161	90.4	10	5.6	0	0.0	7	3.9	178	100.0
Desserte taxis p = 0,0001	non	127	80.9	12	7.6	14	8.9	4	2.5	157	100.0
	oui	260	90.9	18	6.3	0	0.0	8	2.8	286	100.0
Niv. éco. mén. par individu p = 0,798	Bas	121	89.0	8	5.9	5	3.7	2	1.5	136	100.0
	Moyen	106	85.5	11	8.9	4	3.2	3	2.4	124	100.0
	Elevé	160	87.4	11	6.0	5	2.7	7	3.8	183	100.0
Niv. éco. mén. global	Bas	92	82.9	11	9.9	6	5.4	2	1.8	111	100.0
	Moyen	160	93.0	7	4.1	3	1.7	2	1.2	172	100.0

p = 0,02	Elevé	135	84.4	12	7.5	5	3.1	8	5.0	160	100.0

N.B. Les 650 ménages étudiés ont été répartis en trois tertiles pour le niveau économique des ménages pondéré par la taille des ménages, tout comme pour le niveau économique global des ménages. Chaque malade relève du tertile auquel appartient son ménage. Les indices de 0 à 0,40 correspondent à un bas niveau économique par individu, ceux de 0,41 à 1,29 à un niveau économique moyen et ceux de 1,30 à 5,6 à un niveau économique élevé. Pour le niveau économique global des ménages, les trois niveaux économiques correspondent respectivement à des indices de 0 et 1, de 2 à 4 et de 5 à 38 (cf. partie I, chap. 1b pour la description de la méthode de calcul des indices économiques).

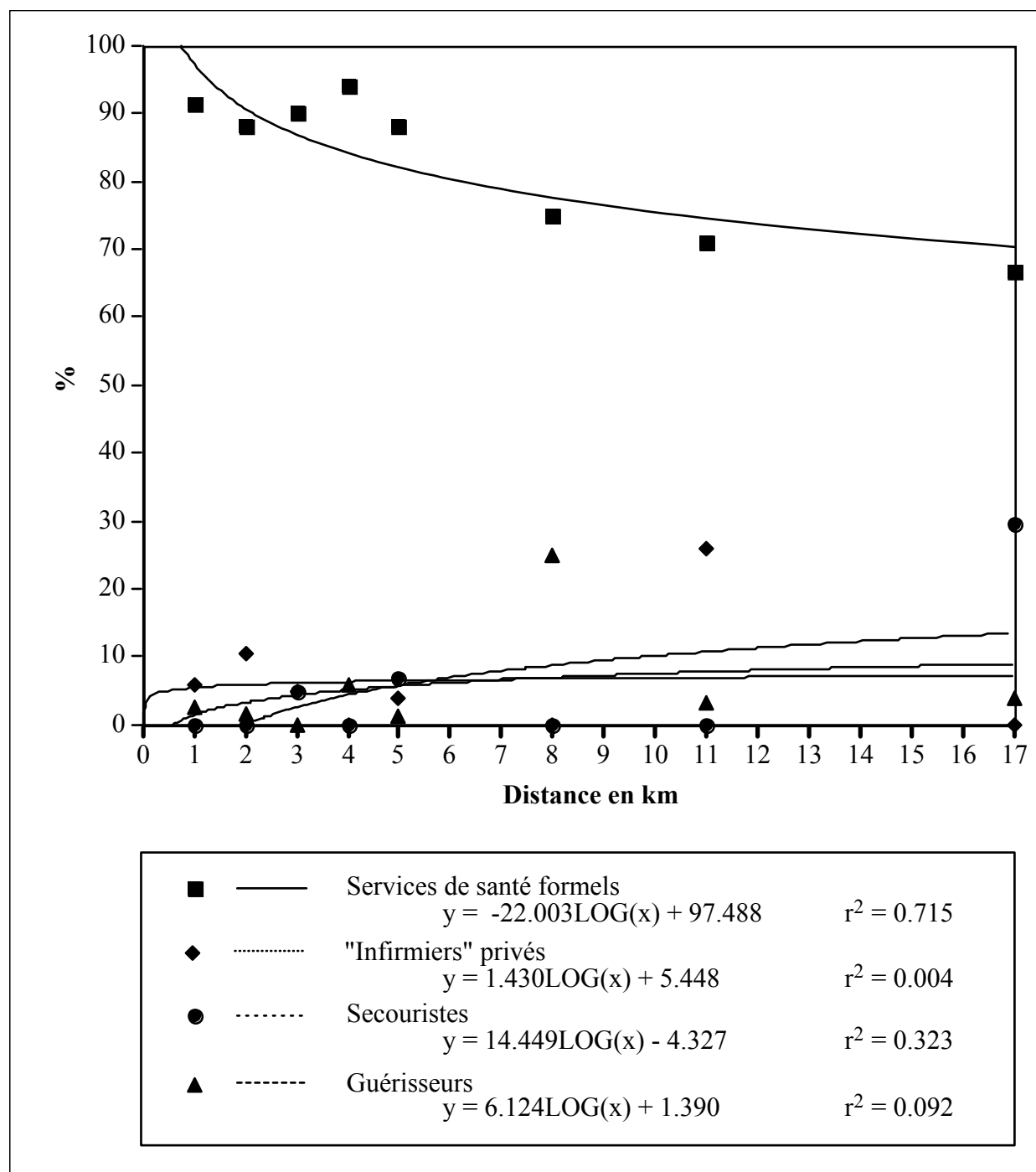


Figure 124 Premier recours extérieur en fonction de la distance au service de santé formel le plus proche: 100 % = total des recours extérieurs (source: enquête domiciliaire, 1995).

N. B.: les valeurs pour les localités à des distances identiques ont été agrégées, ce qui améliore l'ajustement de la courbe aux points.

Quel est le rôle de la distance dans le choix d'un service de santé formel? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de distinguer chacun des trois niveaux hiérarchiques présents dans la sous-préfecture de Ouessè, alors que jusqu'à présent on prenait en compte la distance au service de santé formel le plus proche, quel que soit son statut. Nous avons observé vers quels types de services de santé formels se sont tournés les patients en fonction de la distance les séparant successivement du CCS le plus proche, du CSSP de Ouessè et de l'hôpital Saint-Martin (cf. Tableau 128). Les colonnes les plus intéressantes de ce tableau sont celles qui nous renseignent sur l'utilisation relative d'un service donné, en fonction de la distance qu'un patient doit parcourir pour l'atteindre. La Figure 125 montre précisément la baisse de l'attraction relative des CCS, du CSSP de Ouessè et de l'hôpital Saint-Martin de Papané avec l'augmentation de la distance à chacun d'eux. Les autres colonnes du Tableau 128 nous indiquent où sont allés les patients qui n'ont pas utilisé le service pour lequel on étudie l'effet de la distance sur la probabilité de choix. Mais nous ne connaissons pas alors la distance séparant les patients de ces autres ressources sanitaires formelles.

Il existe une association statistiquement très significative entre la distance au CCS le plus proche et le choix d'un service de santé formel ($p = 0,0001$). Il en va de même pour le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin. Cette association reste très significative (généralement $p = 0,0001$) pour chacun des quatre types de services formels pris séparément et opposé aux trois autres; et cela pour chacun des facteurs décrivant la distance aux trois types de services. La probabilité de choisir un CCS en cas de recours extérieur formel est d'autant plus élevée que la distance au CCS le plus proche est faible. A l'inverse, la probabilité de choisir un autre service, quel qu'il soit, tend à augmenter avec l'augmentation de la distance au CCS. Seul le recours à un hôpital extérieur à la sous-préfecture de Ouessè n'est pas significativement lié à la distance séparant les patients du CCS le plus proche ($p = 0,169$).

L'enquête domiciliaire confirme ce que l'étude des registres de santé avait déjà bien montré, à savoir que les aires d'attraction des CCS, du CSSP de Ouessè et de l'hôpital Saint-Martin sont de taille très différentes, ce qui traduit une perception différenciée de leurs compétences respectives (cf. Figure 125). Environ 97 % des malades ayant consulté un service de santé formel et habitant à quatre kilomètres de l'hôpital Saint-Martin ont choisi cet établissement comme premier recours extérieur. Cette proportion est encore de plus des trois quarts à onze kilomètres. De même, environ 95 % des malades résidant à moins de trois kilomètres du CSSP de Ouessè ont choisi ce service de santé – le plus proche – parmi les services formels disponibles. La majorité des malades qui habitent à moins de cinq kilomètres d'un CCS ont préféré ce service de base local, à un hôpital disposant de plus de moyens et de compétences, mais plus lointain. Toutefois, même dans les localités disposant d'un CCS, une déperdition non négligeable est constatée. Seuls 77,5 % des malades y ont choisi leur CCS parmi l'offre de soins formels. Les autres se sont rendus au CSSP de Ouessè (11,7 %), à l'hôpital Saint-Martin (8,3 %) et dans d'autres hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (2,5 %). En définitive, on constate que les services de santé formels, quel que soit leur niveau hiérarchique, ont chacun une emprise dominante sur leur voisinage immédiat (environ cinq kilomètres). Toutefois, cette dernière est d'autant plus nette que la position hiérarchique du service est élevée. Avec l'augmentation de la distance, l'attraction des CCS diminue beaucoup plus rapidement que celle du CSSP et de l'hôpital Saint-Martin.

Nous retrouvons sur la Figure 125 ce que les registres avaient déjà révélé à propos de l'utilisation des services de santé formels par les habitants d'Idadjo. Deux tiers d'entre eux vont au CSSP de Ouessè, à 27 kilomètres, contre seulement 16,7 % au dispensaire de Tosso, à 17

kilomètres, sur la piste de Ouessè. Très isolés dans un quasi cul-de-sac et ne bénéficiant pas du passage des taxis, les habitants de ce village ne consultent que pour les maladies perçues comme graves. Ils préfèrent d'autant plus se rendre directement dans un service hiérarchiquement plus élevé que les cas sont sévères et qu'arrivés à Vossa (à moins d'un kilomètre avant le dispensaire de Tosso), ils trouvent des taxis pour Ouessè. En gros, la difficulté et la pénibilité du transport (pas de voiture sur les 17 premiers kilomètres, Beffa en crue durant la saison des pluies) est la même, que l'on se rende au CCS de Tosso ou au CSSP de Ouessè.

Tableau 128 Type de premiers recours extérieurs formels utilisés (après automédication ou non), selon les facteurs habilitants (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Ts CCS		CSSP/O.		Autres hôp.		HSt-Martin		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Distance au CCS le plus proche p = 0,0001	1 km	93	77.5	14	11.7	3	2.5	10	8.3	120	100.0
	5 km	46	69.7	13	19.7	2	3.0	5	7.6	66	100.0
	7 km	0	0.0	45	95.7	2	4.3	0	0.0	47	100.0
	8 km	2	3.1	58	90.6	3	4.7	1	1.6	64	100.0
	10 km	0	0.0	0	0.0	1	3.1	31	96.9	32	100.0
	11 km	0	0.0	17	42.5	5	12.5	18	45.0	40	100.0
	17 km	3	16.7	12	66.7	2	11.1	1	5.6	18	100.0
Distance au CSSP de Ouessè p = 0,0001	1 km	0	0.0	46	93.9	2	4.1	1	2.0	49	100.0
	2 km	0	0.0	57	96.6	2	3.4	0	0.0	59	100.0
	3 km	0	0.0	17	94.4	0	0.0	1	5.6	18	100.0
	8 km	42	72.4	8	13.8	0	0.0	8	13.8	58	100.0
	15 km	25	62.5	13	32.5	1	2.5	1	2.5	40	100.0
	23 km	25	75.8	6	18.2	1	3.0	1	3.0	33	100.0
	24 km	21	80.8	0	0.0	1	3.8	4	15.4	26	100.0
	25 km	26	89.7	0	0.0	2	6.9	1	3.4	29	100.0
	27 km	3	16.7	12	66.7	2	11.1	1	5.6	18	100.0
	32 km	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	3	100.0
	41 km	0	0.0	0	0.0	1	3.1	31	96.9	32	100.0
	44 km	0	0.0	0	0.0	5	22.7	17	77.3	22	100.0
Distance à l'hôpital Saint-Martin de Papané p = 0,0001	4 km	0	0.0	0	0.0	1	3.1	31	96.9	32	100.0
	11 km	0	0.0	0	0.0	5	22.7	17	77.3	22	100.0
	24 km	21	80.8	0	0.0	1	3.8	4	15.4	26	100.0
	27 km	26	89.7	0	0.0	2	6.9	1	3.4	29	100.0
	45 km	0	0.0	46	93.9	2	4.1	1	2.0	49	100.0
	46 km	0	0.0	57	96.6	2	3.4	0	0.0	59	100.0
	48 km	0	0.0	17	94.4	0	0.0	1	5.6	18	100.0
	53 km	42	72.4	8	13.8	0	0.0	8	13.8	58	100.0
	54 km	2	66.7	0	0.0	1	33.3	0	0.0	3	100.0
	60 km	25	62.5	13	32.5	1	2.5	1	2.5	40	100.0
	68 km	25	75.8	6	18.2	1	3.0	1	3.0	33	100.0
	72 km	3	16.7	12	66.7	2	11.1	1	5.6	18	100.0
Posses. auto p = 0,169	non	139	38.2	145	39.8	18	4.9	62	17.0	364	100.0
	oui	5	21.7	14	60.9	0	0.0	4	17.4	23	100.0
Posses. moto	non	85	37.3	85	37.3	11	4.8	47	20.6	228	100.0

p = 0,106	oui	59	37.1	74	46.5	7	4.4	19	11.9	159	100.0
Posses. vélo	non	99	43.8	90	39.8	9	4.0	28	12.4	226	100.0
p = 0,003	oui	45	28.0	69	42.9	9	5.6	38	23.6	161	100.0
Desserte taxis	non	52	40.9	42	33.1	9	7.1	24	18.9	127	100.0
p = 0,07	oui	93	35.8	117	45.0	8	3.1	42	16.2	260	100.0

Tableau (suite)

Facteurs	Catégories	Ts CCS		CSSP/O.		Autres hôp.		H.St-Martin		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niv. éco. mén. par individu p = 0,001	Bas	50	41.3	36	29.8	8	6.6	27	22.3	121	100.0
	Moyen	48	45.3	39	36.8	1	0.9	18	17.0	106	100.0
	Elevé	47	29.4	84	52.5	8	5.0	21	13.1	160	100.0
Niv. éco. mén. global p = 0,329	Bas	36	39.1	33	35.9	6	6.5	17	18.5	92	100.0
	Moyen	61	38.1	63	39.4	4	2.5	32	20.0	160	100.0
	Elevé	48	35.6	63	46.7	7	5.2	17	12.6	135	100.0

N.B. Les 650 ménages étudiés ont été répartis en trois tertiles pour le niveau économique des ménages pondéré par la taille des ménages, tout comme pour le niveau économique global des ménages. Chaque malade relève du tertile auquel appartient son ménage. Les indices de 0 à 0,40 correspondent à un bas niveau économique par individu, ceux de 0,41 à 1,29 à un niveau économique moyen et ceux de 1,30 à 5,6 à un niveau économique élevé. Pour le niveau économique global des ménages, les trois niveaux économiques correspondent respectivement à des indices de 0 et 1, de 2 à 4 et de 5 à 38 (cf. partie I, chap. 1b pour la description de la méthode de calcul des indices économiques).

La distance influence donc le choix d'un recours parmi l'offre de santé formelle. Cette influence est toutefois différente selon le niveau hiérarchique des services de santé. En plus des courbes de décroissance de l'utilisation relative en fonction de la distance, la comparaison des distances moyennes parcourues en rend bien compte. La longueur moyennes des déplacements effectués en direction des CCS (n = 144) n'est que de 3,3 kilomètres (pour une médiane de 1 kilomètre). Cette moyenne atteint 5,8 kilomètres pour le CSSP de Ouessè (n = 159 et médiane = 2 kilomètres). Elle grimpe à 17,4 kilomètres pour l'hôpital Saint-Martin de Papané (n = 66 et médiane = 5 kilomètres). La distance moyenne parcourue par l'ensemble des malades qui se sont rendus dans un service de santé formel de la sous-préfecture de Ouessè, y compris l'hôpital Saint-Martin et le CSSP de Tchaourou (6 cas) juste au nord-est de celle-ci, est de 7,1 kilomètres.

Ces valeurs sont passablement différentes de celles calculées pour l'année 1994, directement à partir des registres de santé. Les distances moyennes parcourues étaient alors moindres pour les services publics (1,9 kilomètre pour les CCS et 3,4 kilomètres pour le CSSP de Ouessè), mais bien supérieures pour l'hôpital Saint-Martin (31,6 kilomètres). La moyenne générale était elle aussi supérieure: 11,1 kilomètres contre 7,1 kilomètres. Comment expliquer ces différences? Premièrement, l'étude des registres est exhaustive dans le temps et l'espace (tous les patients provenant de la sous-préfecture sur une année complète), alors que l'enquête domiciliaire porte seulement sur les consultations effectuées durant le mois écoulé par un dixième environ de la population totale, prise dans un tiers des villages de la sous-préfecture de Ouessè. De plus, le choix des villages reposait sur l'exemplarité des situations et non pas sur une représentativité statistique (tirage aléatoire). En outre, la taille de l'échantillon n'était pas proportionnelle à la population des villages. Deuxièmement, il n'est pas exclu que la baisse d'attractivité de l'hôpital Saint-Martin, consécutive à l'augmentation des prix en janvier 1994

avec la dévaluation du FCFA, se soit aggravée. L'absence durant une année¹ du populaire médecin-chef adjoint, ainsi que celle, plus brève, de la sage-femme expatriée, pourraient avoir accentué cette tendance. Il n'est donc pas exclu qu'au moment de l'enquête (janvier 1995) les malades lointains utilisent moins l'hôpital confessionnel qu'en 1994². Ce phénomène, que l'on a observé dans les mois qui ont suivi la dévaluation, expliquerait alors l'augmentation des trajets moyens pour les services de santé publics et leur diminution pour l'hôpital Saint-Martin.

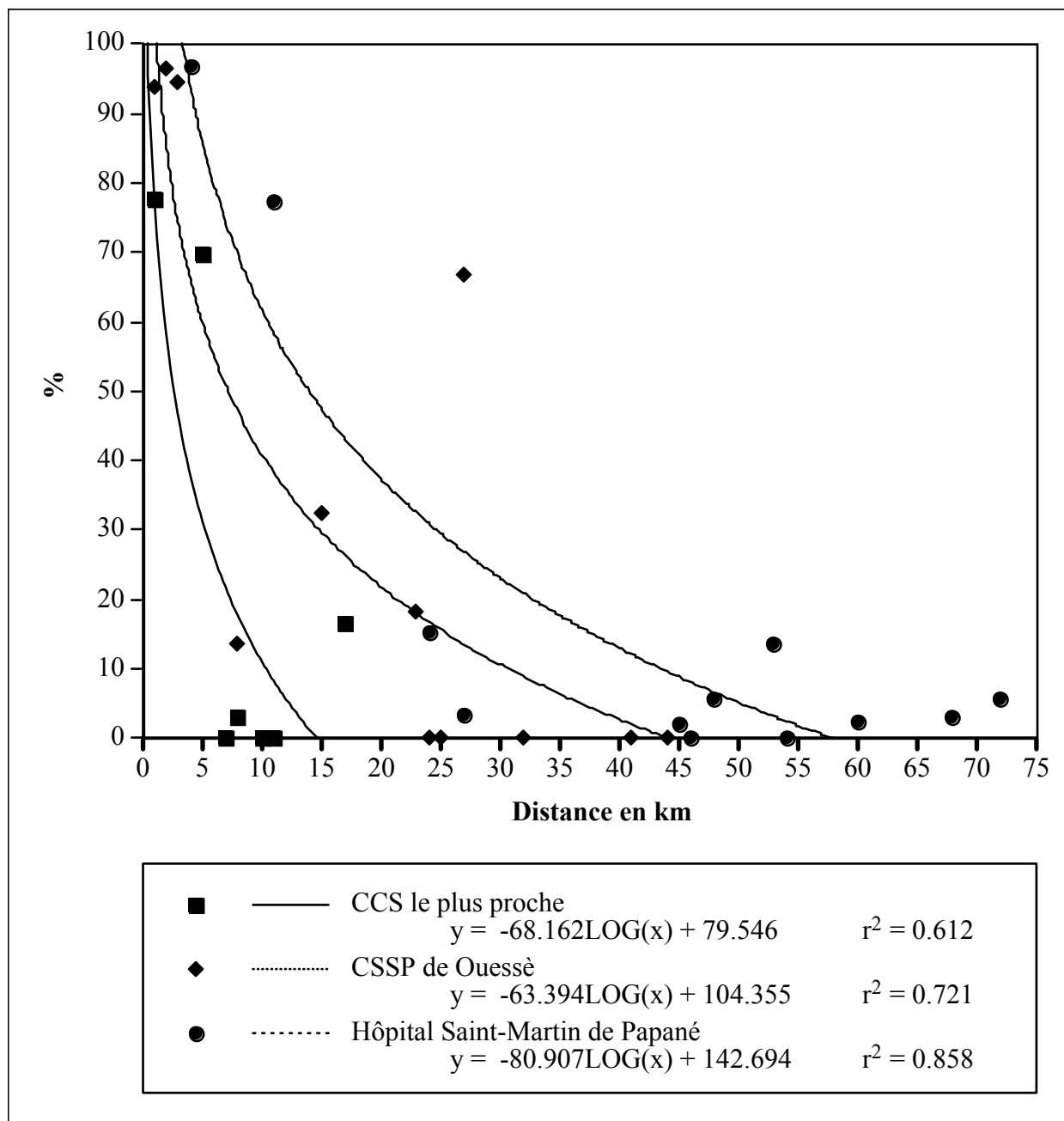


Figure 125 Proportion des utilisateurs des services de santé formels qui sont allés dans chacun des types de services en fonction de son éloignement (source: enquête domiciliaire, 1995).

¹ Stage de formation en santé publique à Anvers.

² Plus précisément d'octobre 1993 à septembre 1994.

Il est temps de revenir sur nos hypothèses de départ et de conclure qu'elles sont largement vérifiées. La fréquence relative des recours extérieurs, tous types confondus, mais dans les faits essentiellement des services de santé formels, est plus élevée lorsque les malades disposent localement d'un service de santé formel. Le constat est inversé pour l'automédication. Cette double conclusion ne constitue qu'un cas particulier d'une règle plus générale: plus l'on s'éloigne d'un service de santé formel, plus la fréquence relative des recours extérieurs diminue au profit de l'automédication. Par contre, notre hypothèse selon laquelle l'inaction thérapeutique serait plus rare chez les malades habitant à proximité des services de santé formels n'est pas du tout vérifiée.

Quelle que soit la distance au service de santé formel le plus proche, ce type de services est de loin toujours le plus fréquemment utilisé (dans au moins deux tiers des cas). Cependant, conformément à notre hypothèse, les services de santé formels sont d'autant plus souvent utilisés, relativement à tous les types de services informels¹ qu'ils sont proches. De plus, parmi les services formels, c'est précisément le service local, ou du moins le plus proche, qui attire la plupart des utilisateurs de services formels. Et cela, quel que soit son niveau hiérarchique. Les CCS sont toutefois concurrencés par les deux hôpitaux de la sous-préfecture, jusque dans les villages qui les abritent. En effet, un cinquième des utilisateurs de services de santé formels s'en détournent dès le premier recours extérieur, au profit des deux hôpitaux. La différence des distances moyennes parcourues pour atteindre les CCS, le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin confirme qu'il y a bien perception et donc utilisation différenciée de ces trois catégories d'établissements. "Infirmiers" privés, secouristes et guérisseurs ne jouent un rôle, le plus souvent limité, que dans les villages où ils sont implantés.

La disponibilité de moyens de locomotion privés

La disponibilité de moyens de locomotion privés, vélos, motos et surtout voitures, devrait permettre à un ménage de s'affranchir, dans une certaine mesure, de la distance. L'accessibilité potentielle des services de santé est le plus fortement améliorée par la possession d'une automobile. Non seulement son rayon d'action est plus important que celui d'un vélo et même d'une de ces petites motos assez courantes dans la sous-préfecture, mais encore elle peut transporter quasi tous les malades, quel que soit leur état. Nous pensons donc que la disponibilité d'une voiture au sein d'un ménage influence plus les choix thérapeutiques – dans le sens d'une surutilisation relative des recours extérieurs – que celle d'un vélo ou d'une moto. Très rare, la possession d'une voiture est corrélée avec le niveau économique du ménage (nous l'avons d'ailleurs utilisé aussi bien comme indicateur de mobilité que comme une des composantes de l'indice économique du ménage), lui-même partiellement lié à la profession et au niveau scolaire du chef de ménage. D'éventuelles différences de pratiques thérapeutiques associées à la possession d'une voiture renverraient donc sans doute à d'autres dimensions de l'accès que la seule accessibilité: capacité financière et peut-être acceptabilité. Cela est déjà beaucoup moins vrai pour la possession de motos, relativement fréquente puisqu'elle concerne 36,5 % des malades.

Association statistique entre la disponibilité de voitures, motos, vélos et choix thérapeutiques

Globalement, la première action thérapeutique est statistiquement liée à la possession ou non d'une voiture par le ménage du malade ($p = 0,009$). Ce n'est plus le cas pour la possession d'une moto ($p = 0,08$) et encore moins pour celle d'un vélo ($p = 0,855$). Aucun malade avec voiture n'est resté inactif face à la maladie, contre 3,4 % des malades sans voiture. Mais cette

¹ UVS comprises, bien que le qualificatif informel se discute alors.

différence n'est pas statistiquement significative ($p = 0,2$). Les malades d'un ménage avec voiture ont effectué un recours extérieur beaucoup plus souvent que les autres (45,7 % contre 26,3 %, $p = 0,004$). Ils ont par contre moins souvent recouru à l'automédication (54,3 % contre 70,3 %, $p = 0,021$). La tendance est la même lorsque l'on compare le premier choix thérapeutique en fonction de la possession d'une moto. Mais les écarts sont alors faibles et les différences non statistiquement significatives. La possession ou non d'un vélo n'a par contre aucune valeur prédictive quant à la première action thérapeutique.

On peut toutefois se demander si c'est la disponibilité d'une moto et surtout d'une voiture en soi, c'est-à-dire une bonne mobilité spatiale – au moins potentielle –, qui permet à une proportion supérieure des besoins de santé de s'exprimer sous forme d'un recours extérieur, ou si ce sont surtout d'autres facteurs, corrélés à la possession d'un véhicule motorisé. Nous pensons ici à la profession du chef de ménage, au niveau économique du ménage et même au niveau scolaire de son chef, facteurs qui sont tous statistiquement associés au choix d'une première action thérapeutique et des recours extérieurs en particulier. Il est difficile de trancher cette question.

Certains indices laissent cependant penser que l'augmentation de la mobilité découlant de la possession d'un véhicule joue un rôle mineur dans cette surutilisation relative des recours extérieurs. Si c'est l'accroissement de la mobilité qui est principalement en cause, on devrait observer que la disponibilité d'une voiture ne joue quasiment aucun rôle dans le choix d'une première action thérapeutique des ménages habitant à moins d'un kilomètre du service de santé formel le plus proche. Puis, avec l'augmentation de la distance, la proportion des recours extérieurs devrait diminuer, mais nettement moins vite pour les détenteurs de voitures que pour les autres. Ce n'est pas ce que nous observons sur la Figure 126: quelle que soit la distance minimale aux services de santé, les ménages disposant de voitures sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que les autres à privilégier les recours extérieurs (sauf à Toui PK, à 16 kilomètres par la route de l'hôpital Saint-Martin). Cette proportion ne fléchit pas plus rapidement pour les ménages sans voiture (mais l'ajustement de la courbe aux points est fort mauvais ($r^2 = 0,168$), ce qui dénote une grande variabilité intervillageoise en fonction de la distance. Pour la disponibilité en motos, faiblement et non significativement liée à une surutilisation relative des recours extérieurs, l'ajustement des courbes aux points est également fort mauvais. Il ne s'en dégage donc aucune tendance et, a fortiori, aucune tendance allant dans le sens espéré.

D'autres indices tendent à montrer que la surutilisation relative des recours extérieurs par les ménages possédant des voitures est peu en relation avec cette mobilité potentielle accrue. En cas de recours extérieur, ces derniers se rendent, comme nous le verrons ci-après, dans la même proportion que les autres ménages dans le service de santé formel le plus proche. De plus, leur trajet moyen est plus court, surtout lorsqu'il s'agit d'aller dans un service qui n'est pas le plus proche. On observe encore (cf. paragraphe suivant) que les malades disposant d'une voiture utilisent plus de médicaments modernes en automédication et moins de remèdes traditionnels. Cette différence, qu'il serait hasardeux d'expliquer en termes de mobilité, suggère elle aussi que ce n'est guère la facilité de se déplacer qui influence les choix thérapeutiques des ménages avec voitures, mais plutôt le niveau économique, voire le niveau de formation et la profession liés à ce facteur.

Il existe une association statistiquement significative entre le type de remèdes utilisés en automédication et la possession ou non d'une voiture. Et cela aussi bien globalement ($p = 0,002$) que pour certains types d'automédication pris séparément. Ceux qui possèdent une voiture utilisent beaucoup moins les remèdes traditionnels seuls (12 % contre 30,4 %, $p = 0,048$) et les remèdes traditionnels suivis des médicaments modernes (0 % contre 16,4 %, $p = 0,027$), mais

beaucoup plus les médicaments modernes seuls (80 % contre 40,1 %, $p = 0,0001$). Seuls 12 % des premiers traitements par automédication dans les ménages avec voiture comportent des remèdes traditionnels, contre presque la moitié pour les ménages sans voiture. Les premiers sont de plus proportionnellement moins nombreux à utiliser simultanément ou successivement les remèdes traditionnels et modernes (8 % contre 29,5 %). La possession d'une moto n'est par contre jamais statistiquement associée au choix d'un type d'automédication. Mais c'est le cas pour la possession d'un vélo ($p = 0,027$). Les ménages avec vélo recourent plus volontiers aux médicaments modernes utilisés seuls durant toute l'automédication que les autres (45,7 % contre 38,2 %, $p = 0,023$). Au contraire, ils passent moins souvent des médicaments modernes aux remèdes traditionnels (7 % contre 11,4 %, $p = 0,026$).

Disposer d'une voiture, d'une moto ou d'un vélo dans le ménage n'influence jamais de façon significative le choix d'un type de recours extérieurs, après automédication ou non (cf. Tableau 127). La seule exception est l'absence de recours à un secouriste par les ménages avec un vélo, alors que 5,3 % des malades dont le ménage n'en possède pas sont allés dans une UVS ($p = 0,002$).

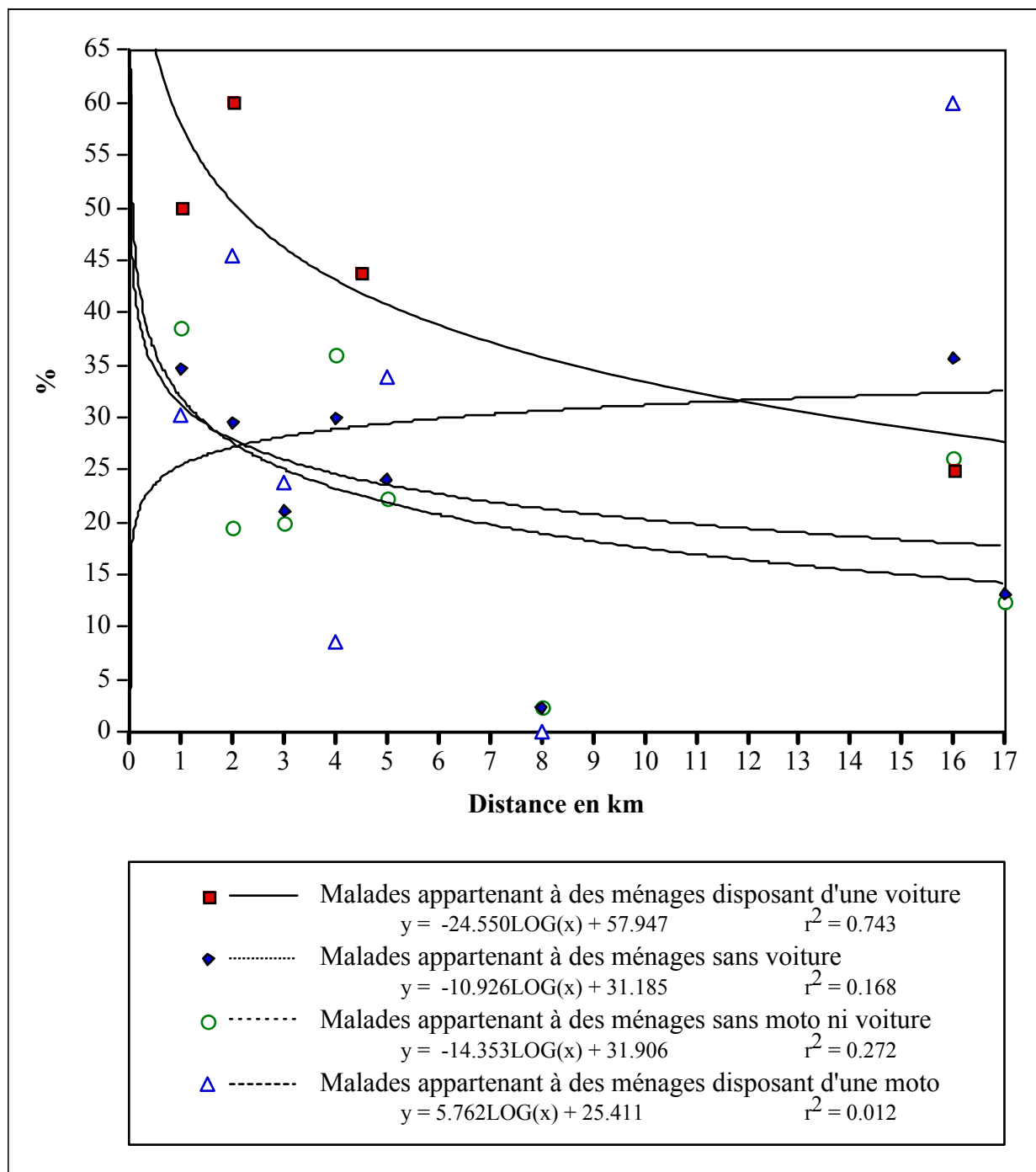


Figure 126 Proportion des malades ayant effectué un recours extérieur sans automédication préalable, en fonction de la possession ou non d'une voiture ou d'une moto par leur ménage et de la distance au service de santé formel le plus proche (source: enquête domiciliaire, 1995).

Globalement, il n'y a pas d'association statistiquement significative ($p = 0,169$) entre la disponibilité d'une voiture au sein du ménage et le service de santé formel choisi (cf. Tableau 128). Les CCS sont toutefois significativement moins utilisés que les autres services par ceux qui disposent d'une voiture (21,7 % contre 38,2 %, $p = 0,012$), alors que c'est le contraire pour le CSSP de Ouessè (60,9 % contre 39,8 %, $p = 0,047$). Ce double constat pourrait suggérer que, doués d'une plus grande mobilité, ceux qui disposent d'une voiture se dirigent

préférentiellement vers les services de niveau moyen à supérieur. Comme nous le verrons plus loin, cette hypothèse ne tient pas.

La possession d'une moto n'est pas associée au choix d'un service de santé formel, si ce n'est pour l'hôpital Saint-Martin. Paradoxalement, ceux qui disposent d'une moto y vont beaucoup moins que les autres (11,9 % contre 20,6 %, $p = 0,0001$).

Globalement, il existe une différence statistiquement significative dans le choix d'un service de santé formel entre les malades disposant ou non d'un vélo ($p = 0,003$). Ceux dont le ménage possède un vélo vont moins souvent dans un CCS que les autres (28 % contre 43,8 %, $p = 0,002$) et plus souvent à l'hôpital Saint-Martin (23,6 % contre 12,4 %, $p = 0,004$).

La disponibilité d'un moyen de locomotion privé augmente-t-elle la mobilité des patients?

Nous venons de voir que la disponibilité d'une voiture au sein du ménage est significativement associée à une plus grande fréquence des recours extérieurs en cas de maladie. Posséder ou non certains types de véhicules semble également influencer le choix parmi les services de santé formels. Encore faut-il vérifier si, premièrement, la disponibilité d'un véhicule implique qu'il a été utilisé pour emmener le malade dans le service de santé formel consulté et si, deuxièmement, les malades disposant d'un véhicule vont se faire soigner dans un service formel plus performant et donc en moyenne plus éloigné que ceux qui n'en ont pas. Nous nous limitons ici aux services de santé formels, car ils représentent environ 87 % de toutes les premières consultations extérieures. De plus, la consultation d'un service non formel n'occasionne que très rarement des déplacements à l'extérieur de la localité de domicile (pour les premiers recours extérieurs, après automédication ou non, aucun malade n'a quitté sa localité pour aller chez un guérisseur; c'est le cas pour seulement 3 malades sur 30 qui se sont rendus chez un infirmier privé).

Le Tableau 129 montre que les malades disposant d'une voiture sont relativement plus nombreux à avoir utilisé ce mode de transport pour se rendre dans un service de santé formel. Ils utilisent aussi plus souvent les motos, mais moins souvent les vélos et la marche. Cependant, aucune de ces différences, apparemment importantes, n'est statistiquement significative car l'effectif total des malades avec voiture est faible. Les malades dont le ménage dispose d'une moto sont significativement plus nombreux à utiliser ce mode de transport que ceux qui n'en ont pas (44,3 % contre 11,5 %, $p = 0,0001$). Ils sont par contre proportionnellement moins nombreux à employer un vélo (2,5 % contre 12,8 %, $p = 0,0004$) et à marcher (36,1 % contre 53,5 %, $p = 0,0007$). Remarquons au passage que tout de même 11,5 % des malades sans moto se sont rendus à moto dans un service de santé. Il est en effet possible d'en louer une, avec ou sans chauffeur, ou d'en emprunter une, moyennant le paiement de l'essence. De même, les malades disposant d'un vélo l'utilisent beaucoup plus souvent que les autres pour se rendre dans un service de santé formel (21,1 % contre 0,4 %, $p = 0,0001$), alors qu'ils marchent moins souvent (35,8 % contre 53,8 %, $p = 0,0005$).

Il apparaît donc clairement que les ménages qui disposent d'un véhicule tendent à l'utiliser dans leurs déplacements sanitaires. C'est tout particulièrement vrai des motos. Cela ne signifie pourtant de loin pas que ce véhicule constitue le seul ni même le principal mode de locomotion en cas de déplacement vers un service de santé formel. Dans tous les cas de figure, la marche reste très importante (d'environ un tiers à la moitié des déplacements). Plusieurs raisons peuvent expliquer que le véhicule du ménage ne soit pas systématiquement utilisé:

- la proximité immédiate d'un service de santé; la marche suffit alors, à moins que l'état du malade l'interdise;

- l'indisponibilité du véhicule familial ou de son conducteur. La quasi totalité des voitures privées appartiennent à de petits entrepreneurs (une à quatre voitures) qui les utilisent comme taxis collectifs. Ceux-ci partent le matin et reviennent au mieux en fin de journée. Les distraire de leur fonction commerciale provoque aussi un manque à gagner non négligeable, s'il n'est pas possible de conjuguer transport du malade et transport des clients. Les véhicules peuvent être en panne, ce qui n'est pas rare, vu leur état général. Le manque de pièces de rechange et de liquidité des propriétaires tend de plus à prolonger ces pannes. Motos et vélos sont utilisés pour se rendre, parfois pour plusieurs jours, dans les fermes isolées;
- le véhicule disponible n'est pas adéquat pour le transport de n'importe quel malade, ni vers n'importe quelle destination. C'est le cas des vélos, utilisés surtout pour le transport des enfants, et des cycles en général, peu adaptés aux cas sérieux et aux destinations lointaines;
- le ménage peut posséder plusieurs types de véhicules. Au mieux seul l'un d'entre eux sera utilisé pour chaque transport. Les autres se retrouvent alors dans le Tableau 129 comme véhicules disponibles, mais inutilisés.

Tableau 129 Possession d'un véhicule dans le ménage et mode de locomotion utilisé lors du premier recours extérieur formel, après automédication ou non, au sein de la sous-préfecture de Ouessè* (source: enquête domiciliaire, 1995).

Moy. loc.		Marche		Marche+taxi		Vélo		Moto		Taxi-voiture		Total	
Dispose de		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Voiture	Non	171	47.4	4	1.1	33	9.1	87	24.1	66	18.3	361	100.0
	Oui	7	30.4	0	0.0	0	0.0	9	39.1	7	30.4	23	100.0
Moto	Non	121	53.5	2	0.9	29	12.8	26	11.5	48	21.2	226	100.0
	Oui	57	36.1	2	1.3	4	2.5	70	44.3	25	15.8	158	100.0
Vélo	Non	121	53.8	2	0.9	1	0.4	55	24.4	46	20.4	225	100.0
	Oui	57	35.8	2	1.3	32	20.1	41	25.8	27	17.0	159	100.0

* Y compris l'hôpital Saint-Martin de Papané, sur la frontière nord de la sous-préfecture, ainsi que six visites au CSSP de Tchaourou, à huit kilomètres au nord de Papané.

Est-ce que le supplément de mobilité procuré par un véhicule amène leurs propriétaires plus souvent que les autres à fréquenter des services de santé mieux cotés que le service local? La comparaison des proportions de patients, avec et sans véhicule, recourant au service de santé formel le plus proche de leur domicile, ainsi que celle des distances moyennes parcourues par les uns et les autres lors du premier recours extérieur, permet de répondre à cette question.

Mais relevons d'abord que la distance moyenne parcourue (aller simple) varie fortement selon le mode de transport utilisé, que le véhicule appartienne au ménage ou non. Pour un parcourt moyen tous modes de transport confondus de 7 kilomètres, les marcheurs effectuent en moyenne 2 kilomètres, les cyclistes 5,5 kilomètres, les motocyclistes 8,5 kilomètres, les automobilistes 18,4 kilomètres et ceux qui doivent d'abord marcher avant de prendre un taxi 20 kilomètres. Les médianes sont respectivement de 2 kilomètres pour l'ensemble des consultations, puis de 1, 4, 4, 11 et 21 kilomètres pour chacun des cinq modes de locomotion. Toutes ces valeurs sont calculées sur l'ensemble des premiers recours extérieurs dans un service de santé formel, avec ou sans automédication préalable. Ces distances sont particulièrement faibles au regard des distances moyennes parcourues ailleurs en milieu rural africain par les

utilisateurs des services de santé. Elles résultent de la conjonction d'au moins trois facteurs, dont les deux premiers sont positifs et le troisième négatif:

- la couverture sanitaire dense de la sous-préfecture de Ouessè (nombre de services de santé élevé pour une région rurale et bonne distribution spatiale, correspondant à celle des habitants);
- l'utilisation du service de santé formel le plus proche par la plupart des patients, conformément au système de référence voulant que la ressource de base ou locale soit utilisée en premier;
- la diminution rapide de la proportion des malades qui utilisent les services de santé avec l'augmentation de la distance. La clientèle est donc essentiellement locale, comme le prouve la distance médiane de deux kilomètres et comme l'avait déjà montré l'analyse de la provenance des patients à travers les registres des services de santé.

Voyons maintenant si une meilleure mobilité potentielle se concrétise par une utilisation de services de santé formels plus lointains, d'un niveau plus élevé. On constate qu'environ 73 % des détenteurs d'une voiture vont, pour le premier recours extérieur avec ou sans automédication préalable, dans le service de santé formel le plus proche. Cette proportion est identique pour ceux qui ne disposent pas de voiture, pour ceux qui bénéficient au moins d'une moto et pour ceux qui n'en ont pas. Elle est aussi très proche pour ceux qui disposent d'une voiture et/ou d'une moto et similaire pour ceux qui n'ont que des vélos (76,4 %) ou encore pas de véhicule du tout (69,8 %). Toutes ces proportions ne varient guère si l'on ne considère que les premiers recours extérieurs non précédés d'automédication.

De plus, les malades potentiellement les plus mobiles ne vont pas davantage que les autres à l'hôpital Saint-Martin et ils se rendent même pas du tout dans des hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (contre presque 5 % pour les autres, mais $p = 0,275$). En outre et surtout, 14 des 23 malades (presque 61 %) ayant recouru à un service de santé formel et bénéficiant d'une voiture sont allés au CSSP; mais parmi eux 11 habitent l'agglomération de Ouessè, donc à proximité du CSSP. Avec ou sans voiture, le choix d'un service de santé formel résulte essentiellement de la proximité. Si d'autres facteurs – comme le fait de disposer ou non d'une voiture – sont significativement associés à ce choix, c'est principalement parce que ces facteurs sont eux-mêmes localisés d'une façon particulière au regard des différents services de santé.

Cette localisation des utilisateurs du CSSP disposant d'une voiture explique pourquoi la distance moyenne parcourue lors du premier recours extérieur formel pour atteindre le CSSP n'est que de 4,8 kilomètres pour les malades avec voiture, contre 7,1 kilomètres pour les autres. Ces valeurs sont respectivement de 6,6 et 7,5 kilomètres pour ceux qui possèdent une moto et ceux qui n'ont ni moto ni voiture et de 7,1 et 7,7 kilomètres pour ceux qui disposent respectivement de vélos seulement et d'aucun véhicule. Pour les voitures et les motos, toutes ces distances moyennes sont légèrement plus basses, lorsqu'on ne prend en compte que les recours extérieurs sans automédication préalable. Cela concorde avec le fait que les malades choisissant d'abord l'automédication habitent en moyenne un peu plus loin du service de santé le plus proche que ceux qui se rendent directement dans un service de santé formel.

Il convient de distinguer deux types d'utilisation des services de santé formels, après automédication ou non: le recours au service le plus proche du domicile et le recours à un service plus éloigné, de niveau hiérarchique équivalent ou supérieur. Dans le premier cas, la distance moyenne parcourue varie peu, que le malade dispose ou non d'un véhicule et quel que soit le type de celui-ci. Par contre, les différences sont importantes dans le second cas. Les patients bénéficiant d'une voiture parcourent alors en moyenne seulement 9,7 kilomètres. Cette moyenne passe à 16,4 kilomètres pour ceux qui disposent d'au moins une moto et à 19,6 kilomètres pour les détenteurs de vélos seulement. Elles sont respectivement de 19,3, 20,4 et

20,8 kilomètres pour les malades ne bénéficiant pas d'au moins une voiture, d'une moto et d'un vélo. Ainsi, lorsqu'un malade outrepassa le service de santé formel le plus proche, il va en moyenne d'autant plus loin qu'il dispose d'un véhicule peu performant, et encore plus loin s'il ne possède pas de véhicule. Le constat est identique lorsque l'on calcule la distance moyenne parcourue au-delà du service de santé formel le plus proche. Outrepasser ce dernier entraîne un trajet supplémentaire moyen de seulement 4,7 kilomètres pour les détenteurs d'une voiture, mais, à l'autre extrémité, de 16,1 kilomètres pour les malades sans aucun véhicule. Ces différences ne peuvent pas s'expliquer par une distribution spatiale plus favorable des malades disposant de véhicules motorisés relativement aux deuxièmes services les plus proches, de niveau hiérarchique égal ou supérieur. Ces malades habitent en effet un peu plus loin de ces services que les malades non motorisés (25,9 contre 22,1 kilomètres).

Ainsi, contre toute attente, la plus grande mobilité spatiale potentielle qu'offre la disponibilité d'un véhicule ne se traduit pas par une extension de l'espace de soins lors du premier recours extérieur. On constate même une tendance inverse, puisque la disponibilité d'un véhicule personnel, quel qu'il soit, diminue légèrement la distance moyenne parcourue et que les ménages sans aucun véhicule se contentent le moins souvent du service de santé formel le plus proche. Par contre, disposer d'un véhicule motorisé peut accroître la rapidité, le confort et la souplesse de l'accès physique aux services de santé. Ainsi, les patients bénéficiant d'une voiture sont allés consulter (sans période d'automédication préalable) seulement 1,5 jours après le début des premiers symptômes, contre 2,5 jours pour ceux qui n'en possèdent pas. Pour les motos, cette durée de latence thérapeutique est respectivement de 2,2 et 2,7 jours. Ceux qui ne possèdent aucun véhicule ou au plus de vélos attendent, sans automédication préalable, en moyenne 2,8 jours avant d'effectuer leur premier recours extérieur dans un service de santé formel. Mais encore une fois, il n'est pas du tout certain que ces différences soient dues (uniquement) à la facilité de déplacement impliquée par la possession d'un véhicule. Il est probable qu'il s'agisse là d'un facteur synthétique qui recoupe la plupart des dimensions de l'accès: accessibilité (mobilité), disponibilité financière (véhicule motorisé comme indicateur d'un niveau économique supérieur à la moyenne, moindre coût du transport), commodité (transport de porte à porte, moins de contraintes temporelles, trajet moins pénible) et acceptabilité (niveau d'éducation).

A titre d'exemple et afin de concrétiser les moyennes ci-dessus, voyons encore dans quels services de santé formels sont allés les malades disposant d'une voiture. Les 13 malades habitant l'agglomération de Ouessè sont tous allés au CSSP local. Des deux malades d'Akpéro, l'un est allé au CCS de Kilibo (8 kilomètres), l'autre à l'hôpital Saint-Martin (24 kilomètres); le malade de Gbanlin est resté au CCS de Gbanlin; les trois malades de Toui PK sont tous allés à l'hôpital Saint-Martin (11 kilomètres par un sentier motocyclable ou 17 kilomètres par une mauvaise piste carrossable puis par la route goudronnée); des quatre malades de Wokpa, trois sont allés au CCS de Gbanlin et un au CSSP de Ouessè. A l'exception de ce dernier cas et de ceux d'Akpéro dont le CCS le plus proche – mais inacceptable! (cf. ci-après "Le lieu de résidence", dans ce chapitre) – est celui de Kémon à 5 kilomètres, tous les malades disposant d'une voiture et ayant fréquenté un service de santé formel comme premier recours extérieur se sont donc dirigés vers le plus proche d'entre eux. Comme de plus 14 de ces 23 malades habitent dans une localité abritant un tel service, la distance moyenne parcourue ne peut qu'être faible. Les malades bénéficiant d'une voiture habitent en moyenne à 3,6 kilomètres du service de santé formel le plus proche, soit quasiment à la même distance (3,5 kilomètres) que ceux qui n'en disposent pas d'une. Il n'y a donc pas là de biais qui pourrait expliquer pourquoi ceux qui disposent d'une voiture effectuent des trajets moyens nettement plus courts que les autres.

Lorsqu'il habite à proximité immédiate du service de santé (moins d'un kilomètre), le malade disposant d'une voiture s'y est généralement rendu à pied (6 fois), mais aussi plus

rarement en voiture (2 fois). Au-delà, un véhicule est toujours utilisé (sauf un cas où le malade a marché de Wokpa à Gbanlin, soit 7 kilomètres), mais ce n'est pas forcément une voiture (9 fois une moto et 5 fois une voiture, mais jamais un vélo).

La desserte des villages par les taxis collectifs

Nous avons déjà vu (cf. Tableau 108) que 18 % des déplacements vers un service de santé ont été effectués en voiture (de 0 % à 51 % selon le village!). Comme seuls 18 ménages sur 650 possèdent au moins une voiture, voyager en voiture signifie presque toujours prendre un taxi collectif. Nous avons déjà exposé ailleurs (cf. partie I, chap. 1b) le fonctionnement et la localisation des taxis collectifs de la sous-préfecture de Ouessè. Nous aimerions montrer ici qu'il n'est pas indifférent pour les choix thérapeutiques de ses habitants qu'un village soit ou non régulièrement desservi par des taxis. Nous émettons l'hypothèse que les recours extérieurs sont relativement plus fréquents, en particulier vers les services de santé formels puisque ce type de services est pratiquement le seul recherché hors de la localité, lorsqu'un malade habite une localité desservie par les taxis.

Par régulièrement desservi nous entendons qu'il est possible de quitter le village au moins une fois par jour et d'y retourner dans la journée. Des treize villages étudiés, huit répondent à ce critère, soit Wokpa, Gbanlin, Djegbé, Attannondoho, le Gbaffo de Kpassa, Adougou, Kilibo Adjougou et Odo Akaba. Au sein de cette catégorie, les différences de fréquence des taxis sont énormes. Il en passe plusieurs par heure tout au long de la journée et dans les deux sens à Kilibo et à Odo Akaba, localisés le long d'un grand axe routier goudronné. A l'autre extrémité, un taxi quitte tous les matins Djegbé et y revient en fin de journée.

Les villages non desservis par les taxis sont: Idadjo, Gbédé¹, Akpéro et Toui PK. Nous rangeons aussi dans cette catégorie Attata, qui constitue un cas limite. Comme nous l'avons déjà vu, les taxis qui traversent ce village proche de Ouessè sont de peu d'utilité pour ses habitants (cf. partie I, chap. 1b).

Le Tableau 125 montre que la première action thérapeutique est très significativement différente selon que le village est desservi ou non par les taxis. Cela est aussi vrai globalement que pour l'automédication et les recours extérieurs pris séparément ($p = 0,0001$ dans les trois cas). Les recours extérieurs sont plus fréquents dans les villages desservis par les taxis (33,3 % contre 19,7 % de toutes les premières actions thérapeutiques), alors que l'automédication y est plus rare (63,2 % contre 77,2 %). On ne relève aucune différence de fréquence de l'inaction thérapeutique.

Le type de remèdes pris en automédication est aussi statistiquement associé à la desserte par les taxis ($p = 0,0006$). La différence est significative pour les médicaments modernes pris seuls, un peu plus souvent utilisés dans les villages desservis (cf. Tableau 126). Elle est aussi significative pour le cumul immédiat des remèdes traditionnels et modernes, également plus fréquent dans les villages desservis, et pour les remèdes traditionnels auxquels on ajoute ou substitue des médicaments modernes, cas de figure plus fréquent dans les villages non desservis par les taxis. D'une manière générale, les malades des villages desservis utilisent donc plus volontiers les médicaments modernes que ceux des villages non directement reliés au réseau de transports en commun.

Globalement, le type de premiers recours extérieurs choisis est significativement différent selon que le village soit desservi ou non par les taxis ($p = 0,0001$). C'est aussi le cas pour les

¹ Un doute subsiste pour ce village: selon le chef du village, Gbédé ne dispose d'aucune voiture et donc a fortiori de taxis; selon des chauffeurs de taxis de Ouessè, il y en aurait un.

services de santé formels opposés aux services informels ($p = 0,002$) et pour les UVS opposées à tous les autres types de services ($p = 0,0001$). Les malades desservis par les taxis choisissent plus souvent les services formels que les malades moins bien lotis (90,0 % contre 80,9 %). C'est exactement l'inverse pour les UVS (8,9 % contre 0 %). La desserte par les taxis ne différencie pas les utilisateurs des services de santé privés, ni ceux des guérisseurs de l'ensemble des autres patients.

Globalement, le service de santé formel choisi ne varie pas significativement en fonction de la desserte par les taxis ($p = 0,07$). C'est toutefois le cas pour le seul CSSP, plus souvent utilisé par les malades des villages desservis (45,9 % contre 33,1 %).

En conclusion, notre hypothèse de départ est parfaitement vérifiée. Les recours extérieurs sont effectivement plus fréquents quand le malade habite une localité desservie par les taxis que dans le cas contraire. Les services de santé formels, seuls services suffisamment attractifs pour inciter les malades à sortir de leur localité en quête de soins, sont surutilisés par les malades bénéficiant du passage de taxis dans leur localité. Le comportement sanitaire de la population correspond donc bien à l'hypothèse qu'un surcroît de mobilité potentielle permet à une part plus importante des besoins de santé de s'exprimer sous forme de recours extérieurs auprès des services les mieux cotés.

Pourtant, malgré cette logique supportant les faits et les tests de χ^2 positifs, nous ne pouvons pas conclure à un impact de la desserte par les taxis sur les itinéraires thérapeutiques. En effet, les données décrites ci-dessus résultent d'un tiers facteur. Parmi les localités où s'est déroulée l'enquête, toutes celles desservies par les taxis renferment aussi un service de santé formel, à l'exception d'Odo Akaba, toutefois proche de l'hôpital Saint-Martin, et de Wokpa. A l'inverse, les villages sans taxis ne disposent pas de service de santé, si l'on excepte des UVS très peu fonctionnelles. Comme une forte majorité des consultations se déroulent dans le service de santé le plus proche, les malades desservis par les taxis sont paradoxalement ceux qui en ont le moins besoin, puisqu'ils bénéficient d'un service de santé local. La surutilisation relative du CSSP de Ouessè et la non-utilisation des UVS par les malades des villages desservis par les taxis n'est que le reflet de cette proximité entre le CSSP et plusieurs villages desservis (Adougou, Attannondoho, Gbaffo et Gbanlin), d'une part, et de la localisation des UVS dans la plupart des villages non desservis (Idadjo, Attata, Gbédé, Akpéro). Encore une fois, la proximité est plus en cause que la mobilité.

L'association entre la desserte par les taxis et la disponibilité locale d'un service de santé n'est pas le fruit d'un biais dans le choix des villages à enquêter. Elle résulte largement de la plus grande centralité – toute relative – des localités abritant les services de santé, centralité qui va de pair avec une taille supérieure. Cette double caractéristique des chefs-lieux de communes et de sous-préfecture, petits centres locaux seuls dotés de services de santé publics, permet la création de "lignes" de taxis. A l'inverse, la plupart des autres villages sont plutôt de petite taille et souvent en bout de piste. Cela n'attire évidemment pas les taxis de l'extérieur. L'idéal serait alors qu'un entrepreneur local achète un taxi et que le village devienne une tête de ligne. Mais certains villages, comme Idadjo ou Gbédé, ne possèdent aucune voiture, qu'elle soit destinée au transport public ou non.

La desserte de villages par les taxis comme déterminant du comportement thérapeutique des malades illustre parfaitement les dangers d'une analyse bivariée. Même lorsque les différences constatées trouvent une explication logique et qu'elles sont statistiquement significatives, on n'est jamais à l'abri d'une association essentiellement, sinon entièrement, due à un tiers facteur. Une analyse bivariée reste toutefois utile, ne serait-ce que pour débroussailler le terrain avant de passer à une analyse multivariée. Il n'y a de plus pas toujours de tiers facteurs et il est probable que, sans cette configuration spatiale particulière à notre étude de cas (mais

susceptible d'être assez fréquente!), la desserte par les taxis influence en elle-même les décisions thérapeutiques.

Le lieu de résidence

Powell (1995) affirme que l'un des principaux apports des géographes à l'étude de l'accès aux services de santé et de leur utilisation est d'examiner l'impact de la localisation à un endroit précis plutôt qu'à un autre. Il s'agit de mettre en évidence l'effet de vivre dans une aire administrative X plutôt que Y, au lieu de simplement constater que X et Y sont inégaux, en termes de densité médicale par exemple. Toute la difficulté de cette entreprise consiste à savoir si les différences relevées d'une aire à l'autre sont simplement reflétées dans l'espace ou si elles sont directement produites par l'espace. Par exemple, selon Powell, un bas taux de consultation dans une zone particulière peut résulter aussi bien d'une structure sociale caractérisée par une surreprésentation des individus ayant une faible propension à consulter, que d'une mauvaise accessibilité aux services de santé, les deux types de causes n'étant d'ailleurs pas exclusifs. Dans le premier cas, le bas taux de consultation est simplement localisé dans l'espace, du fait de la distribution particulière de certains groupes sociaux ou démographiques, alors que dans le second, il découle, au moins partiellement, de l'espace.

Les inimitiés intervillageoises constituent un bon exemple de l'influence de la localisation relative des services de santé et de leurs utilisateurs potentiels sur les choix thérapeutiques de ces derniers. Dans ce cas, l'espace est porteur d'identités. Si ces dernières se construisent toujours par opposition à d'autres identités perçues comme altérités – nous ici et eux là-bas –, il arrive que les antagonismes soient si forts qu'ils débouchent sur des comportements stéréotypés: ne pas fréquenter tel village, ne pas épouser l'un de ses ressortissants, stigmatiser les habitants de ce village... Nous avons cartographié les principales inimitiés intervillageoises (cf. Figure 127). Elles reposent sur des rivalités anciennes (concurrence pour l'obtention du statut de chef-lieu, d'un marché, d'une route, d'un service de santé...), souvent réactualisées par diverses "affaires".

Nous avons déjà vu que très peu d'habitants d'Akpéro fréquentent leur CCS officiel, à Kémon, qui est pourtant le service de santé formel le plus proche (5 kilomètres). Davantage préfèrent aller au dispensaire de Kilibo, à 8 kilomètres et plus encore à l'hôpital Saint-Martin, à 24 kilomètres (cf. partie III, chap. 3a, 3f et 3h). La friction de la distance comme facteur explicatif du choix d'un service de santé est ici supplantée par un autre facteur beaucoup plus puissant. Diverses affaires ont envenimé les relations intervillageoises entre les habitants de Kémon, chef-lieu de la commune du même nom, et ceux d'Akpéro, seul autre village de la commune de Kémon. Les deux villages sont en concurrence pour le contrôle d'une portion de piste de contrebande¹, entre l'Okpara et l'Ouéomé, reliant le Nigeria et le Togo. De plus, la piste reliant directement Kémon à Toui a été rénovée et rouverte au trafic automobile, en 1993. Autrefois, les taxis reliant Ouessè à Parakou passaient par Kémon, puis Kilibo ou Akpéro. Dorénavant, les taxis contournent presque toujours Akpéro, si bien que ses habitants doivent rejoindre à pied la route goudronnée, à plus de 2 kilomètres, pour trouver un taxi. Les habitants d'Akpéro ont reproché à ceux de Kémon de ne considérer que leur propre intérêt, voire même d'avoir fait rouvrir cette route dans le seul dessein de leur nuire. Akpéro constitue le cas paradoxal d'un village qui a vu son accès à l'hôpital Saint-Martin de Papané diminuer, suite à l'amélioration du réseau routier, par le détournement consécutif des flux de taxis.

¹ Mais s'agit-il encore de contrebande quand existe une liste des tarifs pour les droits de passage, quand les villageois surveillant la frontière délivrent un reçu tiré d'un carnet à souches et quand les douaniers passent régulièrement prélever une partie de ces recettes?

Le dernier grand motif de conflit entre les deux villages concerne directement les services de santé. A la fin des années 1980, Kémon et Akpéro sont, à l'instigation des habitants de Kémon, respectivement détachés des communes de Kilibo et de Toui pour constituer une nouvelle commune. Les gens d'Akpéro ne se privent pas de rappeler que cela n'a été possible que grâce à

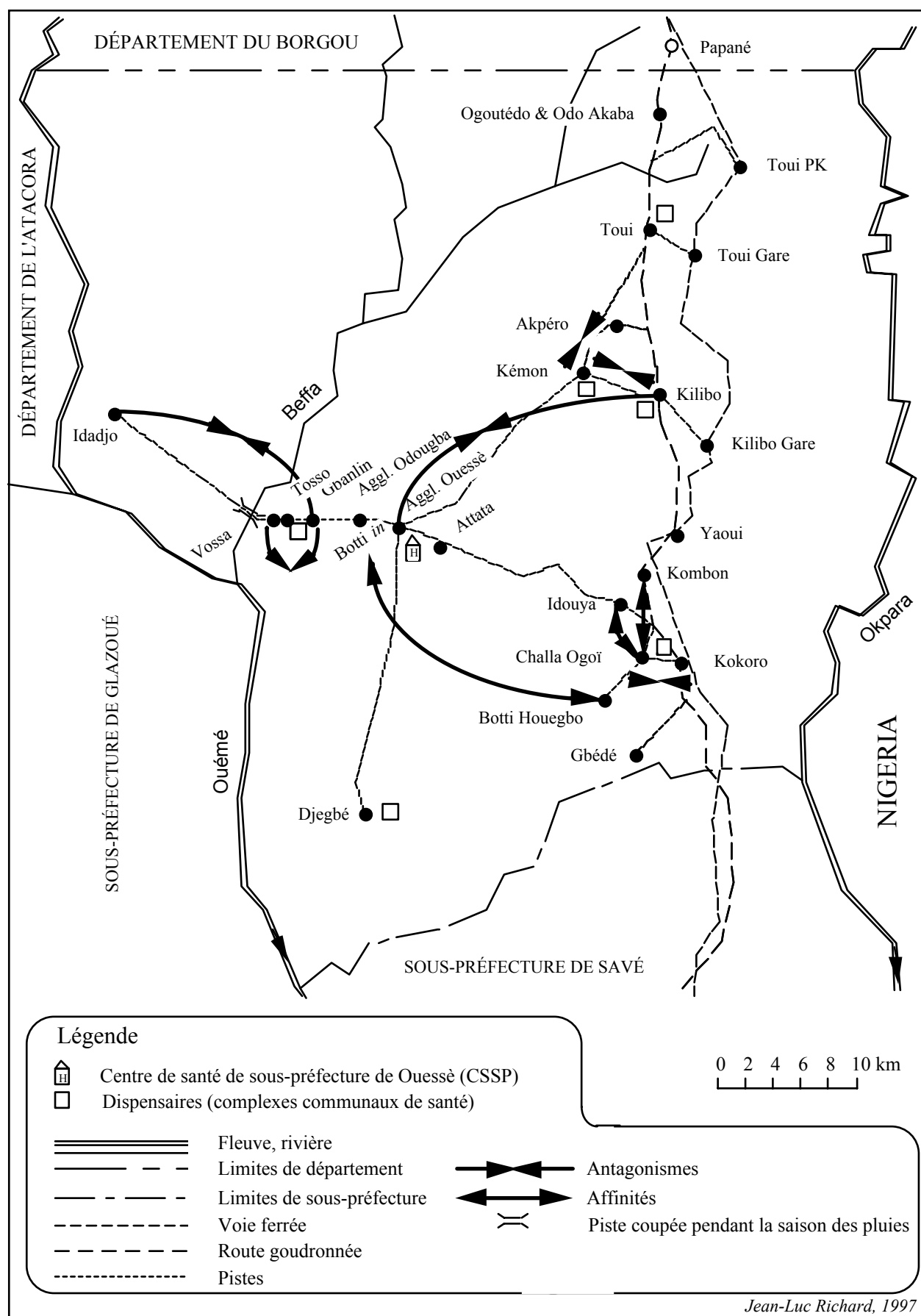


Figure 127 Affinités particulières et principaux antagonismes intervillageois dans la sous-préfecture de Ouessè.

eux, la petite agglomération de Kémon n'atteignant pas à elle seule la taille minimale requise au statut de commune. D'après les directives de la planification sanitaire nationale, ce nouveau statut devait permettre à Kémon d'obtenir un CCS. Comme ce dernier se faisait attendre, la population a décidé de forcer un peu la main aux autorités, ce qui n'est pas rare pour l'obtention de dispensaires, d'écoles... Les notables de Kémon ont donc fait jouer leurs contacts auprès de la Croix-Rouge béninoise, qui leur a construit un bâtiment faisant à la fois office de dispensaire et de maternité. Le Ministère de la Santé Publique y a alors envoyé une infirmière.

C'est le lieu d'implantation de ce CCS qui a ravivé la querelle entre Akpéro et Kémon¹. Trois fois plus peuplé qu'Akpéro et chef-lieu de commune, Kémon devait recevoir le CCS. Les autorités et notables de Kémon et d'Akpéro s'étaient toutefois accordés pour construire le CCS à la sortie de Kémon, sur la piste d'Akpéro. Le CCS a cependant été bâti à la limite de Kémon... en direction de Kilibo, soit à l'opposé du site initialement retenu. Cette nouvelle localisation impose aux patients d'Akpéro 2 à 3 kilomètres de chemin en plus (aller et retour), qui plus est par la rue principale d'un village perçu comme hostile. Ce mauvais tour a été reçu comme un affront et une provocation par les habitants d'Akpéro, qui décidèrent de boycotter "leur" CCS. Les quelques visites des habitants d'Akpéro au CCS de Kémon sont donc essentiellement le fait des familles des instituteurs – étrangers au "milieu" – et d'une famille originaire de Kémon. Une anecdote est révélatrice de la force des tensions actuelles entre les deux villages. Quand l'infirmière du CCS de Kémon est arrivée pour la première fois à Akpéro pour la vaccination mensuelle des bébés et des jeunes femmes, elle a été interpellée:

- *D'où viens-tu?*
- *Du CCS de Kémon.*
- *Si tu viens de Kémon, alors tu peux retourner à Kémon.*
- *Mais c'est pour la vaccination de vos enfants!*
- *Si tu viens de Kémon, on préfère que nos enfants meurent.*

Elle a donc dû repartir sans vacciner. Une tentative de conciliation par le médecin-chef a ensuite échoué. Les habitants d'Akpéro sont actuellement vaccinés par l'infirmier du dispensaire de Kilibo. Il s'agit là d'une victoire symbolique importante pour les gens d'Akpéro, qui souhaitent leur rattachement à la commune de Kilibo. Affirmer que personne d'Akpéro ne va au CCS de Kémon (en fait 16 nouvelles consultations en 1994), mais qu'ils vont à Kilibo (27 nouvelles consultations) ou éventuellement à l'hôpital Saint-Martin (85 consultations) relève aussi largement d'un discours politique tendant à accréditer l'existence de liens privilégiés avec Kilibo.

Nettement moins virulent qu'entre Kémon et Akpéro, il existe d'autres conflits intervillageois larvés au sein de la sous-préfecture de Ouessè. C'est le cas notamment entre Ouessè et Kilibo, entre Kémon et Kilibo, entre Idadjo et Gbanlin, entre Vossa et Gbanlin et entre Kokoro et Challa Ogoï. Le premier de ces conflits n'a aucune implication sanitaire. Les habitants de Kilibo ne fréquenteraient de toutes façons pas le CSSP de Ouessè, trop éloigné (25 kilomètres) et difficile d'accès. Le deuxième conflit n'en a plus, puisque depuis 1992 Kémon dispose de son propre CCS. Le troisième n'en a probablement pas non plus, quoiqu'Idadjo dépende de la maternité de Gbanlin. Là encore, la distance (19 kilomètres) interdit aux femmes de suivre des consultations prénatales ou d'accoucher à la maternité de Gbanlin.

Le conflit entre Vossa et Gbanlin, deux villages de la commune de Gbanlin, remonte à (ou plus vraisemblablement a été ravivé par) la création de la maternité de Gbanlin. Au début des années 1980, le PMSBS projetait de construire une maternité à Djegbé, gros village isolé sans

¹ Nous fournissons ici la version et donc la perception d'un notable d'Akpéro. Elle n'est peut-être pas conforme à la réalité, que nous n'avons pas cherché à établir avec certitude, tant le sujet est délicat. Nous pensons de plus que la vérité importe peu, puisque c'est sur la perception des faits que se fondent les comportements.

infrastructure sanitaire. Les autorités et les notables de Gbanlin, dont de gros commerçants, jouèrent de leur influence, notamment auprès du sous-préfet, pour que ce projet fût détourné au profit de la commune de Gbanlin (LE MEUR et ADJINACOU, 1998). Le PMSBS céda. La rivalité pour l'obtention de la maternité se déplaça alors entre Gbanlin et Vossa, deuxième village de la commune par la taille. En tant que chef-lieu de la commune, Gbanlin revendiquait la maternité (les infrastructure sanitaires publiques sont en principe effectivement localisées dans les chefs-lieux des différents niveaux administratifs). Vossa la réclamait au nom d'un autre principe de la planification sanitaire: un CCS est composé d'un dispensaire et d'une maternité, généralement construits côte à côte, pour faciliter les synergies. Or il existe un dispensaire à Tosso, petit village officiel situé à seulement 500 mètres de Vossa. Après de nombreuses péripéties qui remontèrent jusqu'au Ministère, Gbanlin obtint gain de cause, alors que sa position initiale était défavorable. Encore une fois, ses riches commerçants avaient semble-t-il joué un rôle clé, avec une enveloppe de 540'000 FCFA envoyée en dernière minute à "ceux d'en haut" (LE MEUR et ADJINACOU, 1998).

Suite à ces rivalités, les femmes de Vossa boycottèrent la maternité de Gbanlin, sur ordre de leurs maris. Elles effectuent souvent les consultations prénatales au CSSP et accouchent dans leur UVS, parfois au CSSP. En août 1992, le boycott a cessé. Cela semble lié à la création du comité de gestion communal de santé (COGEC), dans lequel les habitants de Vossa sont nettement surreprésentés (4 représentants de Vossa, 3 de Tosso et seulement 1 de Gbanlin, le chef-lieu). Mais l'année suivante encore, seule une minorité des femmes de Tosso et de Vossa suivent les consultations prénatales à la maternité, bien que les matrones de ces deux villages ne les pratiquent plus. En 1994, la rivalité entre Gbanlin et Vossa/Tosso trouva une autre occasion de se manifester à propos du CCS. Chaque CCS de la sous-préfecture devait nommer un commis, payé par le financement communautaire, pour gérer la pharmacie et les comptes du CCS. Gbanlin voulait qu'il soit installé dans la maternité, plus vaste que le dispensaire; Vossa et Tosso le souhaitaient au dispensaire de Tosso, où des transformations furent ébauchées pour créer un minuscule bureau. Gbanlin eut encore une fois gain de cause.

Un cas similaire existe dans la commune de Challa Ogoï. Certains hommes de Kokoro interdisent à leurs femmes la fréquentation de la maternité voisine de Challa Ogoï, à moins de 3 kilomètres. Presque de même taille, ces deux villages se disputent de longue date la prééminence au sein de la commune. Déjà à l'époque coloniale, chacun voulait promouvoir son marché. Kokoro l'a emporté. Lors de la création de la commune, c'est par contre Challa Ogoï qui en est devenu le chef-lieu. Kokoro possédait un vieux dispensaire qu'il fallut compléter par une maternité lors de la création de la commune. Arguant de la possession d'une des deux composantes du futur CCS, Kokoro réclamait la maternité, qui ne doit en principe pas être dissociée du dispensaire. S'appuyant sur son statut de chef-lieu communal, Challa Ogoï réclamait aussi la maternité, voire l'ensemble du CCS, au vu de la vétusté du dispensaire qui nécessitait une rénovation. Tout comme dans la commune de Gbanlin, c'est finalement le chef-lieu qui l'a emporté. Comme à Gbanlin encore, ce conflit a connu un nouvel épisode avec l'instauration des commis. Une sorte de compromis a été trouvé: le commis provient de Kokoro, mais il travaille à la maternité de Challa Ogoï.

Il est frappant de constater que la grande majorité des patients de Challa Ogoï utilisent leur maternité pour les soins curatifs, depuis qu'elle prend en charge de tels cas. Cette attitude résulte probablement autant de la sourde rivalité opposant les habitants de Kokoro et ceux de Challa Ogoï que de la seule proximité. En effet, à Gbanlin, où la maternité dispense désormais aussi des soins curatifs, une majorité des patients continue à se rendre au dispensaire de Tosso. Il est vrai que l'infirmier de Tosso est plus populaire que celui de Kokoro. Comme dans la commune de Gbanlin, on note cependant une évolution récente dans celle de Challa Ogoï. En 1992, la sage-femme affirmait que la plupart des femmes de Kokoro restaient à leur UVS pour y pratiquer les

consultations prénatales, et qu'elle n'y assistait alors pas la matrone, comme elle le faisait pour les autres UVS. Un an plus tard, elle dira: "Maintenant les femmes de Kokoro viennent aux consultations prénatales, car ce sont les jeunes qui dirigent."

Quand le PMSBS se proposa de rénover ou de construire les CCS de la sous-préfecture de Ouessè, il se trouva donc confronté à la question de la localisation des maternités des communes de Gbanlin et Challa Ogoï. Deux logiques s'affrontaient: une logique de synergie entre les maternités et les dispensaires, qui implique leur proximité immédiate, et une logique administrative attribuant les CCS aux chefs-lieux de communes. Cette dernière l'emporta apparemment. Mais il semblerait que l'influence des groupes de pression et des considérations économiques aient pesé lourd dans la décision: si les deux maternités ont bien été construites dans les chefs-lieux, les vieux dispensaires, offrant encore de bonnes structures, ont été réhabilités, solution moins onéreuse que leur abandon au profit de nouveaux dispensaires à construire près des maternités. Cette solution permettait également de satisfaire partiellement chaque village.

Cette lutte entre villages pour l'obtention d'infrastructures sanitaires illustre bien le fait que la planification sanitaire est partie intégrante du champ politique, donc des rapports de force, et qu'à ce titre, la localisation des services de santé découle rarement de considérations strictement sanitaires (FASSIN, 1992). Okafor (1982) a montré que, au Nigeria voisin, la localisation des services de santé publics dépend largement de la théorie des lieux centraux, qui explique que les villes soient mieux pourvues en ressources sanitaires, mais aussi beaucoup du patronage de puissants hommes politiques locaux appartenant au parti au pouvoir.

Peut-être moins apparentes et avec un impact moindre sur la fréquentation des services de santé, il convient aussi de signaler les relations privilégiées qu'entretiennent les habitants de certains villages. C'est le cas par exemple de Challa Ogoï avec deux autres villages de la commune, Idouya et Kombon. Ces bonnes relations s'expliqueraient par une origine commune, trois frères ayant fondé les trois villages, comme le rappelle le nom complet de ces villages: Agboro Challa Ogoï, Agboro Idouya et Agboro Kombon. La commune de Challa Ogoï offre un autre exemple de relations privilégiées entre deux villages, qui expliquent sans doute une légère surutilisation d'un service de santé formel. Il s'agit du cas, déjà mentionné, de Botti Houegbo. Ce petit village est le seul village *mahi* de la sous-préfecture inséré dans la zone *nagot*. Le village de Botti, dans l'agglomération de Ouessè (commune de Laminou) a été fondé, il y a bien longtemps, par des ressortissants de Botti Houegbo. Malgré la distance et la mauvaise accessibilité de Botti Houegbo, les habitants de ces deux villages restent très liés. Ces visites sont à l'origine de quelques consultations par an au CSSP de Ouessè par les habitants de Botti Houegbo.

Bien que la concurrence entre communes ou villages pour l'obtention de services de santé constitue plus un enjeu de pouvoir qu'une réelle préoccupation de santé publique, il n'en demeure donc pas moins que ces bras de fer influencent la distribution spatiale des services de santé et directement – par le boycott – ou indirectement – par l'accessibilité – leur niveau d'utilisation et, surtout, la provenance des utilisateurs. Comme l'a bien montré Fassin (1992), la santé n'est pas exclue des enjeux politiques, économiques et identitaires. Cette immersion du champ de la santé dans un contexte plus large, où se cristallise la lutte pour le pouvoir, nous paraît d'ailleurs par trop négligée par les chercheurs et les intervenants étrangers¹.

Les exemples ci-dessus montrent que si la localisation respective des services de santé et des villages produit des comportements sanitaires différents, ce n'est pas seulement en raison de

¹ Les Béninois ne les aident d'ailleurs guère en expliquant ou justifiant tout par une formule laconique et péremptoire comme "c'est l'Afrique!" ou "l'Afrique a ses réalités que vous ne pouvez pas comprendre".

la distance et des moyens et réseaux de communication, bien que, nous l'avons vu, ces facteurs pèsent lourdement. En raison d'affinités ou de conflits intervillageois, certaines localisations de services de santé sont en effet, toutes choses égales par ailleurs, attractives ou, surtout, répulsives. Il y a bien là un impact différencié du fait d'habiter un endroit précis plutôt qu'un autre sur les recours thérapeutiques et donc peut-être aussi sur l'état de santé de la population. Ici, les différences relevées sont bel et bien produites par la localisation d'un service de santé, favorable ou au contraire inacceptable.

Dans d'autres cas, l'espace est plus simplement porteur de différences, dans la mesure où il héberge des populations aux caractéristiques propres, influençant les comportements sanitaires. Dans notre étude, les meilleurs exemples sont sans doute les villages peuplés de minorités ethniques à l'échelle de la sous-préfecture. Les *Peul* du Gbaffo de Kpassa ont un comportement de recherche de soins bien typé, qui ne saurait s'expliquer par l'inaccessibilité aux services de santé. Il en va de même des *Basa* de Gbédé, qui ne pratiquent quasiment pas les recours extérieurs. Ils sont, il est vrai, pénalisés par une accessibilité médiocre aux services de santé, mais d'autres villages autant ou plus défavorisés encore pratiquent davantage de recours. Les *Fon* de Wokpa et les ressortissants de l'Atacora de Toui PK se singularisent par contre par une bonne fréquentation des recours extérieurs, surtout si l'on tient compte de leur accessibilité médiocre aux services de santé.

Au sein de chaque village se conjuguent donc des facteurs propres à sa localisation (accessibilité aux services de santé, stigmates) et à la structure de ses habitants (différences culturelles relevant de l'appartenance ethnique, niveau économique, sexe, âge, religion, niveau d'éducation formelle, durée de résidence...). Tout comme la conjonction de ces divers facteurs confère à chaque ménage une certaine ligne de conduite face à la maladie, elle singularise collectivement chaque village. Connaître le profil de recherche de soins de chaque village est utile pour les actions sanitaires ciblées, indépendamment des facteurs sous-tendus par ce profil. Dans la mesure où habiter dans un village plutôt que dans un autre influence fortement les comportements de recherche de soins, nous pouvons considérer le fait d'habiter dans un village donné comme un déterminant synthétique des choix thérapeutiques (cf. partie III, chap. 3h). Il présente forcément l'inconvénient de ne pas être généralisable, mais offre l'avantage d'identifier et de localiser la population concernée.

Le niveau économique du ménage

Avec la généralisation du financement communautaire au Bénin, toute consultation d'un spécialiste de la santé implique une dépense, même si elle est parfois différée pour la médecine privée ou pour le recours à un tradipraticien. Très rares sont les privilégiés bénéficiant de soins payés par leurs employeurs ou par une assurance liée à certains types d'emplois formels. Les soins dans les services publics sont gratuits pour les agents de santé de l'Etat et pour leur famille (parfois entendu dans un sens assez large!), mais pas les médicaments, qui constituent l'essentiel du coût d'une consultation. Quelques projets pilotes d'assurance maladie non forcément liée à un emploi formel sont en cours au Bénin, notamment dans la région de Nikki, dans le département du Borgou (prépaiement annuel par ménage sur une base associative couvrant les frais d'hospitalisation seulement). Autant dire que dans la sous-préfecture de Ouessè, personne de consulte sans ouvrir sa bourse (mais toute règle a ses exceptions!).

Vu par ailleurs la faiblesse des ressources et particulièrement des revenus monétaires d'une majorité de ménages béninois et le coût total d'une consultation (cf. partie II, chap. 3b), l'hypothèse d'un lien entre le niveau économique des ménages et les comportements de recherche de soins s'impose. La littérature abonde en ce sens, aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, sur lesquels nous mettons l'accent.

Aux Etats-Unis, Aday (1975) a observé que les pauvres utilisent davantage les services de santé que les riches. Mais l'on observe l'inverse si l'on y calcule la consommation médicale en fonction des besoins, ce qui correspond à notre approche, dans laquelle on ne s'intéresse qu'à des personnes ayant ressenti un besoin (inventaire des cas de maladie avant de détailler les recours correspondants). En Sierra Leone, les enfants de moins de 5 ans consultent plus souvent en cas de maladie s'ils habitent dans des maisons "en dur" (GESLER et GAGE, 1987). A Pikine, près de Dakar, les femmes dont le ménage bénéficie d'un salaire régulier accouchent beaucoup plus souvent que les autres dans des services privés plutôt que publics et recourent beaucoup plus au secteur privé que les autres pour les soins curatifs de leurs enfants et d'elles-mêmes (FASSIN, 1992). Il n'y a par contre pas de différence significative entre les propriétaires de leur logement et les locataires. D'une manière générale, Fassin observe que le niveau socio-économique intervient moins sur le fait de recourir que sur le lieu de recours. Toutefois, les enfants sont plus sensibles que les mères à la précarité économique du ménage: la fréquence des non consultations est pour eux plus élevée lorsque le ménage ne dispose pas d'un salaire régulier, alors que le statut salarial n'implique aucune différences pour leurs mères.

A Gbégamey, quartier de Cotonou, l'inaction thérapeutique diminue pour les enfants avec l'augmentation du niveau socio-économique, alors qu'elle ne varie pas pour les adultes (BOULLOUDANI, 1996). Pour ces derniers, c'est la proportion des recours extérieurs qui augmente avec le niveau socio-économique, au détriment de l'automédication. En cas de recours extérieur, le choix d'un service privé augmente aussi avec le niveau socio-économique. Cette enquête met aussi en évidence l'impact du niveau socio-économique sur le type d'automédication utilisé. Pour les enfants comme pour les adultes, les produits pharmaceutiques sont d'autant plus utilisés que ce niveau est élevé, alors que l'on observe le contraire pour les traitements traditionnels et ceux mêlant médicaments modernes et remèdes traditionnels.

D'autres études mettent aussi en évidence le lien entre les indicateurs économiques et le type de services utilisés: le choix d'un service de santé de meilleure qualité est d'autant plus fréquent que le niveau économique augmente. Ce qui montre bien que, même s'il s'agit d'un facteur trop souvent négligé par les chercheurs, la qualité des soins constitue un important déterminant de l'utilisation. Par exemple, les salariés ivoiriens consultent plus souvent à l'hôpital en première intention que les non salariés (LASKER, 1981). A Khartoum, la fréquentation du secteur privé est étroitement corrélée au lieu d'habitation: elle est maximale dans les quartiers aisés et nulle dans les bidonvilles (HERBERT et HIJAZI, 1984). Au Sri Lanka, le recours à des privés plutôt qu'au secteur public de base s'accroît avec l'augmentation du revenu (AKIN et HUTCHINSON, 1999). Il en va de même en Malaisie, bien que le volume global de la demande reste stable en fonction du revenu (HELLER, 1982). A Brazzaville, Dorier (1989) a relevé une augmentation des consultations chez les privés en fin de mois, après le versement des salaires.

Au Bangladesh, les services de santé publics sont surtout utilisés par les pauvres et les femmes, les autres malades allant plutôt dans les services privés (STANTON et CLEMENS, 1989). Chernichovsky et Meesook (1986) ont montré pour l'Indonésie qu'un faible revenu par ménage constitue un obstacle à l'utilisation des services de santé de base, y compris ceux du secteur public. Ce dernier est plus fréquenté par les pauvres que par les riches. En Irak rural, la fréquentation des services de santé locaux ne varie guère selon le revenu; par contre, celle des services de santé publics d'un plus haut niveau et celle des cliniques privées augmentent avec le revenu (HABIB et VAUGHAN, 1986). Dans un quartier de Douala, les malades qui consultent choisissent entre un dispensaire public et un autre service de santé "où on est bien servi", c'est-à-dire dans un service privé, plus cher, en fonction de la disponibilité en argent du moment (HOURS, 1986). Mwabu (1986) montre que les patients kenyans utilisent plus les services de santé privés et confessionnels que les services "gratuits" du secteur public, quel que soit leur

niveau économique. Au Pérou, Gertler (1987) a observé une diminution proportionnellement plus forte de la demande de soins dans les groupes à faible revenu que chez les personnes plus aisées.

Cette revue non exhaustive de la littérature montre clairement qu'un bas niveau économique limite l'accès aux soins, tout particulièrement aux soins de qualité. Il est toutefois probable qu'une partie des différences observée résulte aussi d'un biais de proximité: les personnes aisées comme les infrastructures sanitaires tendent à se concentrer dans les villes et les petits centres régionaux. Cette influence du niveau économique sur l'accès aux soins n'implique d'ailleurs pas forcément que les services de santé les meilleur marché soient forcément les plus utilisés par la population, tous niveaux économiques confondus. Ainsi à Cotonou, les services de santé privés sont plus souvent utilisés que les services publics, alors qu'ils sont notablement et notoirement plus chers (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998). D'autres facteurs de choix interviennent en effet, notamment la qualité des soins et de l'accueil.

Cependant, plusieurs enquêtes ne sont pas parvenues à établir de lien significatif entre le niveau économique et la consommation de soins de santé. C'est le cas par exemple d'une enquête réalisée dans trois sous-préfectures du Bénin, où l'on ne relève pas de lien entre les revenus (monétaires par tête, puis les revenus totaux par tête) et les dépenses de santé totales, ni entre les revenus et les dépenses dans les services de santé publics, ni entre les revenus et la fréquentation des services de santé publics ou encore avec le nombre d'épisodes de maladie remémorés (CZESNIK et WOLF, 1993). D'autre part, il ne faut pas oublier que le statut du malade au sein du ménage peut relativiser l'influence du niveau économique sur les choix thérapeutiques. Werner (1989) relève à propos de Pikine, aux portes de Dakar, que les difficultés financières pour payer une consultation sont surmontées plus facilement pour certains membres de la famille que pour d'autres. Notons encore que la santé ne constitue souvent pas la première priorité des familles, ce qui relativise d'autant l'impact du niveau économique sur les comportements de recherche de soins:

La priorité accordée par les familles aux dépenses de santé est aussi limitée que celle que lui donnent les pouvoirs publics: les gens ont d'autres satisfactions dans la vie que celles que leur procure la bonne santé ou, au moins, ils se comportent comme si tel était le cas. Nos enquêtes auprès des populations rurales comme nos enquêtes urbaines nous ont appris que les dépenses consacrées par les familles aux fêtes religieuses, familiales et sociales sont sans commune mesure avec les dépenses de santé (BRUNET-JAILLY, 1993a).

En dernière analyse, plus que le niveau économique en lui-même, c'est la capacité des ménages à mobiliser les ressources nécessaires au moment du besoin qui est vraiment déterminante (NOUNHATIN, 1991). Diverses stratégies, d'abord internes aux ménages sont alors mises en oeuvre: vente de produits agricoles, de bétail, travail salarié... (SAUERBORN, NOUGTARA et DIESFELD, 1995; SAUERBORN, ADAMS et HIEN, 1996). Si ces stratégies sont impraticables ou insuffisantes, il est souvent possible de mobiliser d'autre ressources que le revenu ou le patrimoine des ménages, par le jeu des interrelations, familiales surtout (FASSIN, 1992). Les proches sont toutefois surtout sollicités pour les cas les plus graves, l'aide étant en principe remboursable ou plus exactement redevable. S'il ne faut pas négliger le soutien précieux apporté par ces réseaux de solidarité, qu'il ne faut pas non plus surestimer¹, ni oublier qu'une aisance

¹ Un infirmier originaire de la région dira: "Il y a très peu de solidarité financière familiale. On dépense plus facilement pour les funérailles que pour soigner. Mais il est possible d'obtenir un prêt hors de la famille". En fait, la situation semble très variable d'une famille à l'autre, puisqu'une femme *nagot* de l'agglomération de Ouessè affirme au contraire: "En cas de besoin, la famille élargie aide [donne] facilement. En dernier recours, il y a des prêts à intérêt, mais pas au sein de la famille. Mais il est très rare que l'on emprunte pour se soigner". A sa connaissance, comme à celle de notre interprète, seule une minorité de gens pratiquent les tontines (épargne collective constamment renouvelée dont le montant est successivement redistribué à chacun des membres du groupe de cotisants) et ils ne connaissent pas de cas d'utilisation de tontine pour la santé. Pour les emprunts, elle parle d'un taux d'intérêt de 20 à 30 %, tout en précisant qu'ils sont plus élevés

relative ne garantit pas forcément la disponibilité permanente de liquidités, nous pensons que les ressources propres du ménage jouent un rôle important dans les itinéraires thérapeutiques et leur première étape en particulier. Nos hypothèses sont que l'accroissement du niveau économique des ménages entraîne une diminution de l'inaction thérapeutique, de l'utilisation des remèdes traditionnels en automédication au profit des médicaments modernes et une augmentation des recours extérieurs au détriment de l'automédication, tout particulièrement dans les services du deuxième échelon.

Pour vérifier ces hypothèses, nous utiliserons les deux indices de niveau économique des ménages – l'un global, l'autre pondéré par la taille du ménage – dont nous avons exposé la construction, à partir de certaines données de l'enquête domiciliaire, dans la description de la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie I, chap. Ib).

Les 650 ménages ont été répartis en trois catégories de niveau économique – bas, moyen, élevé – regroupant chacun le même nombre de ménages (tertiles). Trois niveaux nous ont paru tout à fait suffisants, au vu du peu de précision de la méthode d'évaluation de la richesse des ménages. L'indice économique, global ou individuel, de chaque malade est celui du ménage dont il relève.

Niveau économique et recours thérapeutiques

Nous étudierons successivement l'influence du niveau économique du ménage du malade pondéré par la taille du ménage et celle du niveau économique non pondéré sur chaque type d'actions thérapeutiques.

Il existe une association statistiquement très significative ($p = 0,0003$) entre le type des premières actions thérapeutiques entreprises et le niveau économique pondéré (cf. Tableau 125). Il en va de même pour l'inaction thérapeutique opposée à toutes les formes de recours ($p = 0,0003$). Contrairement à toute attente, ce sont les plus pauvres qui enregistrent le moins d'inaction thérapeutique (1,6 %), alors que 6,2 % des malades d'un niveau économique moyen n'ont rien tenté pour se soigner. Il n'y a par contre aucune association statistiquement significative entre le choix de l'automédication, plutôt que d'un recours extérieur ou de l'inaction, et le niveau économique. La tendance est cependant à une diminution de l'automédication avec l'élévation du niveau économique (de 72 % pour les plus pauvres à 66,9 % pour les plus riches). L'association entre le choix d'un recours extérieur plutôt que l'automédication ou l'inaction thérapeutique et le niveau économique est tout juste significative ($p = 0,05$). Cette association ne s'accompagne pourtant pas d'une tendance claire. Si les plus riches choisissent plus fréquemment que les autres de recourir directement à un spécialiste de la santé en cas de maladie (dans 30,7 % des cas), ce sont les malades d'un niveau économique intermédiaire qui le font le moins souvent (23,5 %). Les malades les plus pauvres occupent une position intermédiaire (26,4 %).

Lorsque l'on considère la situation économique globale des ménages, les conclusions sont sensiblement différentes (cf. Tableau 125). Le choix de la première action thérapeutique reste globalement très associé au niveau économique du ménage dont relève le malade ($p = 0,0001$). Par contre, l'inaction thérapeutique, opposée aux deux formes d'action thérapeutique, n'est plus significativement associée au niveau économique. L'automédication est maintenant

chez les *Mahi*. Ce que confirme le président du COGEC de Gbanlin, parlant de taux de 100 % par an, voire pour 5 mois. Dans cette commune, les emprunts pour raison de santé seraient fréquents, mais les plus pauvres ont de la peine à emprunter. Pendant la période de soudure, où tous ne mangent pas à leur faim, certains doivent, toujours selon le président du COGEC, renoncer à consulter ou différer la consultation. Afin de limiter ces barrières économiques, le dispensaire fait crédit depuis 1993. Il récupère assez facilement son argent par la suite. Une fois de plus, Fassin (1992) met en garde contre la prise pour argent comptant des discours des gens sur les solidarités, qui énoncent des règles plutôt qu'ils ne livrent des pratiques effectives réellement observées sur le terrain.

significativement associée au niveau économique ($p = 0,002$). Ce sont les plus pauvres qui la choisissent le plus fréquemment (75,3 %) et les malades de niveau économique intermédiaire le moins souvent (64,6 %). Le choix du recours extérieur plutôt que d'un autre type d'(in)actions thérapeutiques est ici encore tout juste significativement associé avec le niveau économique ($p = 0,05$). Les malades relevant des ménages les plus pauvres utilisent cette fois nettement moins souvent un recours extérieur que les autres (21,4 %), contre 30,9 % pour ceux d'un niveau intermédiaire et un peu moins pour les plus riches (28,3 %).

Le niveau économique pondéré du ménage influence globalement le type de remèdes ou de combinaisons de remèdes pris en automédication ($p = 0,008$). Cependant, lorsque chaque type d'automédication est successivement opposé à l'ensemble des autres, seuls deux types d'automédication sont significativement associés au niveau économique: les remèdes traditionnels suivis par les médicaments modernes ($p = 0,002$) et les médicaments modernes suivis des remèdes traditionnels ($p = 0,021$). Mais dans aucun des deux cas la tendance est claire: les catégories extrêmes de richesse ont des fréquences similaires, alors que la catégorie intermédiaire est très différente.

Lorsque l'on ne considère que trois types d'automédication au lieu de cinq – les remèdes traditionnels seuls, les médicaments modernes seuls et toutes les formes de combinaisons de remèdes –, on n'observe plus aucune association statistiquement significative dans le choix de l'une ou l'autre forme d'automédication. Le choix des combinaisons de remèdes est presque aussi fréquent dans toutes les catégories économiques. Contrairement à ce à quoi on aurait pu s'attendre au vu de la gratuité des remèdes traditionnels, ces derniers ne sont pas plus fréquemment utilisés par les malades les plus pauvres. On observe même plutôt l'inverse. De même, les malades pauvres utilisent un peu plus les médicaments modernes que les autres. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Cependant, elles prouvent que les malades les plus pauvres ne sont pas contraints à se tourner vers l'automédication, du moins pas plus que les malades les plus riches, au détriment des médicaments modernes.

Il n'existe aucune association statistiquement significative entre le niveau économique non pondéré par la taille du ménage et le choix d'un type d'automédication. Ici encore, ce sont les plus riches qui utilisent le plus fréquemment les remèdes traditionnels seuls, alors que les malades d'un niveau économique moyen recourent le plus fréquemment aux médicaments modernes et que les trois catégories économiques utilisent à égalité les différentes combinaisons de remèdes traditionnels et modernes considérées ensemble. Plus encore que la première, cette seconde manière d'envisager le niveau économique des ménages exclut donc que des contraintes économiques dictent le choix d'un type d'automédication.

Cette conclusion générale appelle deux remarques. Premièrement, il ne faut pas en déduire qu'elle ne souffre aucune exception. Si globalement les plus pauvres choisissent aussi souvent, sinon plus souvent, que les plus riches la forme d'automédication la plus coûteuse, cela n'exclut pas que de temps en temps un ménage doive se rabattre sur l'automédication traditionnelle faute de liquidités au moment opportun. Même les ménages de la catégorie économique la plus élevée ne sont pas toujours à l'abri de telles contraintes. Deuxièmement, cette conclusion ne signifie pas forcément que les malades d'un bas niveau économique dépensent autant que ceux d'un niveau élevé lorsqu'ils pratiquent l'automédication moderne. Nous avons pu vérifier que l'automédication recourant aux seuls médicaments modernes, soit a priori la forme d'automédication la plus onéreuse, occasionne des dépenses moyennes d'autant plus élevées que le malade appartient à un ménage d'un niveau économique élevé. Lorsque le niveau économique est pondéré par la taille du ménage, ces dépenses se montent en moyenne à 405 FCFA par épisode pour les malades les plus pauvres, à 547 FCFA pour ceux de la catégorie intermédiaire et à 646 FCFA pour les plus riches. Lorsque l'on considère le niveau économique global des

ménages, la tendance reste la même et ces valeurs sont respectivement de 441, 492 et 670 FCFA.

Le niveau économique pondéré du ménage influence-t-il le choix d'un type de recours extérieurs en cas de maladie? Globalement, ce n'est pas le cas ($p = 0,798$). Aucun des quatre types de recours envisagés – médecin ou infirmier formels, thérapeute moderne privé, guérisseur et secouriste d'UVS – successivement opposés aux trois autres n'est statistiquement associé au niveau économique pondéré du ménage dont relève le malade. Bien que l'association ne soit pas du tout statistiquement significative, peut-être à cause des faibles effectifs de cette catégorie, il est à noter une augmentation du recours aux guérisseurs avec l'élévation du niveau économique. La tendance inverse, pas davantage significative, est observée pour les secouristes.

Le constat est sensiblement différent lorsque le niveau économique est calculé globalement pour chaque ménage. Il existe alors une association statistiquement significative entre le type de thérapeutes choisi et le niveau économique ($p = 0,02$). Le choix d'un thérapeute moderne formel, infirmier ou médecin, est influencé par le niveau économique ($p = 0,016$). Ce sont les malades issus des ménages d'un niveau économique moyen qui recherchent le plus ce type de thérapeutes (93 % de tous leurs premiers recours extérieurs), alors qu'il n'y a guère de différence entre les plus pauvres (82,9 %) et les plus riches (84,4 %). Aucun des trois autres types de thérapeutes n'est statistiquement associé avec le niveau économique. Relevons toutefois que les plus riches recourent nettement plus souvent aux guérisseurs que les deux autres catégories (5 % contre respectivement 1,8 % et 1,2 %, mais $p = 0,078$, sans doute en raison des très faibles effectifs).

En définitive, quelle que soit la manière de calculer le niveau économique du malade, on constate que celui-ci joue rarement un rôle clair dans le choix d'un type de recours extérieurs. L'hypothèse sous-jacente était que les malades issus des ménages les plus riches, c'est-à-dire a priori ceux disposant de la meilleure accessibilité économique aux différents recours thérapeutiques disponibles, rechercheraient en priorité le type de thérapeutes considéré comme le plus efficace, indépendamment du prix à payer, alors que les plus pauvres devraient plutôt se rabattre sur les thérapeutes du meilleur marché, en admettant le cas échéant une qualité des prestations moindre. Cette hypothèse était par trop simpliste. Il n'existe en effet pas vraiment de lien clairement établi entre le type de thérapeutes, son efficacité et ses tarifs. Par exemple, les thérapeutes modernes privés sont d'un niveau de formation et de compétence très disparate (du secouriste à l'infirmier très expérimenté). L'efficacité que leur attribue la population n'est donc pas toujours inférieure à celle des infirmiers formels. D'autre part, l'efficacité thérapeutique des guérisseurs n'est souvent pas directement comparable à celle des autres praticiens, puisqu'ils fonctionnent sur un registre différent et qu'ils traitent souvent des cas particuliers. Seuls les secouristes se trouvent clairement au bas de l'échelle en termes d'efficacité thérapeutique. Ces derniers pratiquent également les prix les plus bas. Par contre, pour les autres types de thérapeutes, la hiérarchie des prix est ni clairement établie, ni stable. Au sein même d'une catégorie de thérapeutes, les prix varient fortement d'un thérapeute à l'autre, mais aussi de cas en cas. Bien que certains aiment à considérer la médecine traditionnelle comme bon marché (ANYINAM, 1987), le recours à un tradipraticien peut se révéler nettement plus cher que la visite à un infirmier.

De plus, le niveau économique d'un ménage peut devenir secondaire lorsque le besoin d'un service vraiment efficace se fait sentir; bien que nous venons de voir que l'efficacité thérapeutique n'est pas forcément liée aux prix pratiqués par le service de santé. L'exemple suivant le montre. Une fillette de Laminou avait un "paludisme femelle". Elle a d'abord été traitée par automédication, puis elle est allée en vain au CSSP, puis, tout aussi vainement, au cabinet de soins infirmiers de Botti (pour un coût de 1'450 FCFA) et finalement à la clinique de

Laminou, où elle a trouvé la guérison (pour un coût de 6'000 FCFA). A l'avenir, ses parents se proposent de commencer par de l'automédication et, si nécessaire, d'aller directement à la clinique de Laminou, "même si c'est cher. Pourvu que l'enfant vive". Cette "logique de guérison" (FASSIN, 1992) est aussi présente à Douala, où de nombreux malades ont affirmé à propos de la gratuité: "Payer ou pas, moi ce qui m'intéresse c'est la guérison" (HOURS, 1986). Cet auteur précise toutefois que la plupart des malades préfèrent tout de même la gratuité totale ou partielle. Il en va de même dans la sous-préfecture de Ouessè où, pour des raisons de coût et d'accessibilité, tous ne retiennent pas l'efficacité fondée sur l'expérience comme premier critère de choix d'un service de santé. Ainsi, un homme de Laminou est allé plus de 6 fois au CSSP de Ouessè pour un "corps chaud" (fièvre, paludisme), sans succès. Il a guéri après une visite à l'hôpital Saint-Martin. Pourtant, il essaiera encore à l'avenir le CSSP avant d'aller à l'hôpital Saint-Martin.

Nous avons encore vérifié si le niveau économique d'un malade ayant effectué un recours extérieur formel influence le type de services visités. L'hypothèse sous-jacente est ici encore que les ménages les plus riches peuvent plus facilement que les autres envoyer leurs malades dans les meilleurs établissements, puisqu'ils sont moins sensibles aux limitations économiques.

Globalement, le service de santé formel choisi est différent selon le niveau économique pondéré du malade ($p = 0,001$). Dans le détail toutefois, seul le recours au CSSP de Ouessè et aux CCS plutôt qu'à l'ensemble des autres services est significativement différent en fonction du niveau économique ($p = 0,0004$ et $0,018$). Le recours au CSSP de Ouessè est d'autant plus fréquent que le niveau économique pondéré du ménage est élevé. Il est en effet de 29,8 % pour les pauvres, de 36,8 % pour les malades d'un niveau économique intermédiaire et de 52,5 % pour les riches. La tendance est inversée pour le recours aux CCS. Les riches ne sont que 29,4 % à les choisir, alors que les pauvres et la catégorie intermédiaire sont respectivement 41,3 % et 45,3 %. Les pauvres sont presque deux fois plus nombreux à choisir l'hôpital Saint-Martin que les riches (22,3 % contre 13,1 %, les malades d'un niveau économique moyen occupant une position intermédiaire 17 %). Ces différences ne sont toutefois pas significatives si l'on compare les trois niveaux économiques ($p = 0,128$). Si l'on oppose les plus pauvres aux plus riches, la différence d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin plutôt que d'un autre service de santé formel devient significative ($p = 0,043$). Les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture sont les plus fréquentés à la fois par les plus pauvres et les plus riches (respectivement 6,6 % et 5 %). Mais l'association n'est pas statistiquement significative.

La même réalité observée au moyen d'un indice de niveau économique non pondéré par la taille du ménage est sensiblement différente. Cette fois, l'association globale entre le choix d'un service de santé formel et le niveau économique n'est plus significative ($p = 0,329$). Il en va de même pour chacun des quatre types de services de santé pris séparément. Toutes les tendances observées ci-dessus se retrouvent ici encore. Mais les écarts entre les trois niveaux économiques se sont réduits.

Notre hypothèse n'est donc que partiellement vérifiée. Un bon niveau économique incite bien à préférer le CSSP de Ouessè aux CCS, un peu moins chers en moyenne mais d'un niveau hiérarchique inférieur, alors que l'on observe l'inverse pour les malades pauvres. Cependant, ces derniers utilisent autant que les riches les très chers hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture (niveau d'un CSSP et supérieur). Mais les effectifs en jeu sont ici très limités. De plus, les malades d'un niveau économique bas et moyen utilisent nettement (mais pas significativement) plus l'hôpital Saint-Martin que les riches. Il s'agit pourtant de l'établissement desservant la sous-préfecture de Ouessè le mieux coté auprès de la population. Ce haut niveau hiérarchique perçu ne s'accompagne toutefois pas forcément de la perception de cet hôpital comme cher. Il passait même pour meilleur marché que le CSSP avant la dévaluation du FCFA, qui l'a contraint

à réajuster ses tarifs. Même après cette dernière, l'enquête domiciliaire révèle que les coûts moyens déclarés pour les prestations médicales sont nettement plus bas à l'hôpital confessionnel qu'au CSSP (cf. partie II, chap. 3b). Même l'adjonction du coût du transport n'inverse pas cette conclusion. La perception populaire est que l'hôpital Saint-Martin allie qualité thérapeutique et prix modérés. Il ne s'inscrit donc pas dans le schéma d'une augmentation des prix avec le niveau hiérarchique, comme dans le secteur public. Cette caractéristique pourrait expliquer que les pauvres le choisissent autant, sinon plus souvent que les autres.

En revenant à l'ensemble de nos hypothèses relatives à l'influence du niveau économique sur la manière de prendre en charge la maladie, nous constatons qu'elles ne sont que partiellement vérifiées. Nos conclusions sont plus nuancées que celles d'Alihonou (1991), qui, pour la sous-préfecture d'Ouidah, conclut que le niveau économique n'influence pas la source de soins. Si l'augmentation des recours extérieurs comme première action thérapeutique va en gros de pair avec l'accroissement du niveau économique des ménages, alors que l'inverse est vérifié pour l'automédication, l'inaction thérapeutique n'est par contre pas du tout l'apanage des plus démunis. Les malades pauvres qui sont restés inactifs face à la maladie sont même deux fois moins nombreux que la moyenne des "inactifs" (1,6 % contre 3,3 %), si le niveau économique est pondéré par la taille du ménage, alors qu'ils sont aussi nombreux que la moyenne si l'on retient le niveau économique global des ménages. Il s'agit là d'un résultat positif : dans la sous-préfecture de Ouessè, quasi personne n'est pauvre au point de ne rien faire face à la maladie. Il est vrai que l'action thérapeutique peut alors se limiter à l'automédication, bon marché, voire gratuite si elle est de type traditionnel. La surutilisation des recours extérieurs sans automédication préalable par les plus riches et la surutilisation de l'automédication par les plus pauvres montrent toutefois qu'il existe certaines barrières financières à l'accès aux soins dispensés par des spécialistes.

Contrairement à notre hypothèse, les plus pauvres ne surutilisent pas les remèdes traditionnels en automédication ni les plus riches les médicaments modernes. La tendance serait même l'inverse. En fait, il n'y a aucun lien entre niveau économique et type d'automédication. Cela s'explique sans doute par la modicité du coût unitaire des médicaments achetés sur les marchés. De plus, les achats peuvent être fragmentés et ils sont réduits au strict nécessaire (et même souvent moins, si l'on compare le volume de ce qui est acheté, pour un épisode de paludisme par exemple, avec celui d'un traitement complet vendu dans les services de santé publics). Il arrive également que l'automédication moderne ne coûte "rien", dans la mesure où l'on utilise les restes d'un traitement précédent dispensé dans un service de santé formel. Il est en effet fréquent que les malades arrêtent le traitement dès que leur état s'est sensiblement amélioré, alors que les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin fournissent toujours des traitements complets¹.

Cette absence de lien entre niveau économique et choix des remèdes montre également que, malgré les affirmations de certaines personnes interrogées, les remèdes traditionnels ne sont pas un pis-aller, adopté uniquement par les ménages qui n'auraient pas les moyens de se procurer des médicaments modernes. Utilisés en fonction du type de maladies, des connaissances et de l'expérience des ménages, les remèdes traditionnels gardent la confiance de toutes les couches de la population, à l'exception peut-être des adeptes des nouvelles sectes chrétiennes.

S'il existe bien une tendance à utiliser des services de santé formels d'autant mieux cotés que l'on est riche, elle n'opère qu'entre les CCS et le CSSP de Ouessè. Les hôpitaux d'un niveau hiérarchique moyen à élevé, comme l'hôpital Saint-Martin et les hôpitaux extérieurs à la sous-

¹ Dans les services de santé publics, des accommodements sont généralement possibles si le malade n'a vraiment pas de quoi acheter directement tout le traitement.

préfecture de Ouessè, sont par contre autant choisis par les pauvres, sinon plus, que par les autres. L'indice économique moyen pondéré des utilisateurs des différents types de services est parlant à cet égard. Alors qu'il est de 1,12 pour l'ensemble des patients ayant fréquenté un service de santé formel (après automédication ou non), il est de 1,33 pour ceux du CSSP de Ouessè, mais seulement de 0,86 pour ceux des UVS, de 1,03 pour les CCS, de 0,96 pour l'hôpital Saint-Martin et de 1,09 pour les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture. Cette hiérarchie des services de santé en fonction du niveau économique est un peu modifiée si l'on retient l'indice économique non pondéré comme base de calcul: le CSSP de Ouessè reste en moyenne utilisé par les patients issus des ménages les plus riches, suivi dans un mouchoir de poche par l'hôpital Saint-Martin, les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture et les CCS, puis par les UVS, qui ferment encore la marche.

L'hôpital Saint-Martin, établissement le plus cher, si l'on en croit les tarifs officiels des services formels de la sous-préfecture (mais pas les prix déclarés par les patients (cf. partie II, chap. 3b), et le mieux coté de la sous-préfecture attire donc plus les malades d'un niveau économique bas à moyen qu'élevé. Ce résultat paradoxal résulte en partie d'un biais de proximité, que nous détaillerons dans la section suivante. Mais Akin et Hutchinson (1999) ont aussi observé au Sri Lanka que les malades les plus pauvres étaient aussi ceux qui évitent le plus volontiers les services de base pour s'adresser directement à un service d'un bon niveau. Ils n'ont pas d'explication à ce phénomène.

L'analyse de l'impact du niveau économique des ménages sur leur comportement de recherche de soins nous suggère encore deux remarques:

- que l'on appréhende ces comportements en fonction d'un indice de niveau économique global pour l'ensemble du ménage ou du même indice pondéré par la taille de chaque ménage, les résultats restent similaires. Il arrive souvent que le mode passe du niveau économique intermédiaire à une des deux catégories extrêmes, ou inversement, lorsque l'on pondère ou non le niveau économique par la taille du ménage; mais jamais le mode passe d'une catégorie extrême à l'autre. En définitive, il ne nous est toujours pas possible d'affirmer qu'une méthode est plus pertinente que l'autre. Aucune ne fournit des tendances plus claires que l'autre (pour un type donné d'actions thérapeutiques, le mode est aussi souvent sur le niveau économique intermédiaire avec une méthode qu'avec l'autre);
- les grandes variations du niveau économique moyen des patients qui fréquentent les différents types de services de santé formels suggèrent que la richesse est inégalement répartie au sein de la sous-préfecture. Le bon niveau économique moyen des patients du CSSP de Ouessè relativement à ceux des CCS et de l'hôpital Saint-Martin résulte-t-il bien d'une sélection différenciée des services de santé en fonction de la richesse ou tout simplement de l'effet d'une aisance supérieure des habitants de l'agglomération de Ouessè par rapport à ceux résidant dans des villages plus petits, plus excentrés, sans statut de chef-lieu, voire même sans statut de village officiel?

Des disparités spatiales de niveau économique des ménages recoupant des disparités de couverture sanitaire

Nous venons de mettre en évidence que les choix thérapeutiques, notamment la probabilité d'effectuer un recours extérieur en cas de maladie et plus encore de se rendre dans un service de santé formel particulier, sont partiellement influencés par le niveau économique du ménage du malade. Une telle conclusion n'est pas pour nous étonner, de nombreuses études attestant – nous l'avons vu – l'importance de l'accessibilité économique dans l'accès aux soins de santé. Toutefois, nous allons montrer que, dans le cas présent, l'accessibilité géographique explique

plus ces choix thérapeutiques que l'accessibilité économique. En effet, il existe dans la sous-préfecture de Ouessè une large correspondance entre la géographie du niveau économique des ménages et celle des infrastructures sanitaires. Autrement dit, le lien entre niveau économique et choix thérapeutiques résulte plus d'une distribution particulière de la richesse et des infrastructures sanitaires au sein de la sous-préfecture, que de la sélection d'un recours particulier en fonction du niveau économique.

Nous posons donc l'hypothèse qu'une certaine corrélation spatiale entre les ressources sanitaires et les ressources économiques biaise les choix thérapeutiques en fonction du niveau économique. Pour la vérifier nous avons:

- comparé l'indice économique moyen des ménages habitant des localités disposant d'un service de santé formel à celui des ménages habitant à plus de 2 kilomètres d'un tel service;
- calculé par niveau économique la distance moyenne séparant les 650 ménages de l'échantillon du service de santé formel le plus proche;
- calculé par niveau économique la distance moyenne séparant les 1'335 malades de l'échantillon du service de santé formel le plus proche;
- calculé par niveau économique la distance moyenne séparant les 370 malades ayant utilisé un service formel de la sous-préfecture (premier recours extérieur seulement, direct ou après automédication) du service de santé formel le plus proche;
- calculé par niveau économique de ces derniers la distance effectivement parcourue pour atteindre le service de santé, tous types de services formels confondus puis par type de services.

L'indice économique moyen des ménages habitant à plus de 2 kilomètres d'un service de santé formel est sensiblement inférieur à celui des ménages disposant localement d'un tel service. Cela est aussi bien vrai pour l'indice économique pondéré par la taille des ménages (0,86 contre 1,15, pour une moyenne de 0,99), que pour l'indice économique global des ménages (2,84 contre 4,12, pour une moyenne de 3,43). La disponibilité locale d'un service de santé formel est donc associée avec un meilleur niveau économique moyen des ménages. La prise en compte des quelques services de santé modernes informels (les privés) ne changerait rien à ce résultat, puisqu'ils sont implantés dans des localités déjà desservies par les services de santé formels et que le seul faisant exception à cette règle se trouve dans une localité où nous n'avons pas enquêté.

Le calcul de la proportion, par niveau économique et type de services de santé formels, des patients ayant parcouru moins de 2 kilomètres constitue une autre manière de montrer que les services de santé formels tendent à se concentrer dans les localités abritant la population la plus riche. Ainsi, 77 % des visiteurs riches des CCS ont parcouru moins de 2 kilomètres, contre 63 % des patients d'un niveau économique moyen et seulement 54 % des patients pauvres. Pour le CSSP de Ouessè, ces valeurs sont respectivement de 82, 44 et 47 %. Les patients les plus pauvres se recrutent donc nettement plus que les riches à l'extérieur des localités abritant les services de santé publics.

Cette plus grande aisance moyenne des ménages habitant près d'un service de santé formel s'explique: les services de santé publics sont implantés selon le maillage administratif, c'est-à-dire dans les chefs-lieux de communes et le chef-lieu de sous-préfecture, petits centres économiques locaux, voire régionaux, qui concentrent aussi les services administratifs (essentiellement au niveau du chef-lieu sous-préfectoral), les deux écoles secondaires, les marchés, les services et enfin l'artisanat non traditionnel. Ces localités bénéficient de plus d'une accessibilité supérieure à la moyenne.

Comme corollaire à ce constat d'une plus grande concentration de la richesse autour des services de santé publics, on relève encore que la distance moyenne des 650 ménages étudiés au service de santé formel le plus proche tend à diminuer avec l'augmentation du niveau économique (cf. Tableau 130). Cette distance est de 5,6 kilomètres pour les ménages relevant du tertile inférieur des indices économiques pondérés par la taille des ménages, de 5,3 kilomètres pour ceux du tertile médian et de 4,3 kilomètres pour ceux du tertile supérieur. La tendance est un peu moins nette lorsque le niveau économique n'est pas pondéré. Les valeurs sont alors respectivement de 5,5, 4,7 et 5 kilomètres. La conclusion reste la même que ci-dessus: les ménages les plus pauvres tendent à être moins bien desservis par les services de santé formels.

Si l'on refait le même calcul pour les personnes effectivement malades (1'335 cas) durant le mois ayant précédé l'enquête, les chiffres ne changent guère (cf. Tableau 130), de même que la conclusion. Les malades les plus pauvres (indice économique pondéré par la taille du ménage) habitent en moyenne à 6 kilomètres du service de santé formel le plus proche, ceux d'un niveau intermédiaire presque aussi loin (5,6 kilomètres) et les plus riches à seulement 4,6 kilomètres. Ces valeurs sont respectivement de 6,1, 4,7 et 5,4 lorsque l'indice économique n'est pas pondéré.

Parmi les 1'335 cas de maladie recensés, 370 ont débouché sur au moins une consultation extérieure auprès d'un service de santé formel de la sous-préfecture. Le Tableau 130 montre que les malades qui ont opté pour une consultation dans un service de santé formel habitent en moyenne 1,5 fois plus près du plus proche d'entre eux que l'ensemble des malades (3,6 contre 5,4 kilomètres). Cela confirme que l'éloignement des services de santé constitue un frein à leur utilisation. Les malades les plus pauvres qui ont consulté un service formel habitent en moyenne 1,6 fois plus près de l'un d'eux que l'ensemble des malades pauvres. Cette proportion est d'environ 1,4 pour les malades des niveaux économiques moyens et élevés. Cela implique que la distance limite la probabilité d'un recours extérieur formel, quel que soit le niveau économique du malade, mais que son impact est un peu plus fort sur les plus pauvres.

Tableau 130 Distance moyenne minimale en kilomètres séparant les 650 ménages, les 1'335 malades et les 370 patients du service de santé formel le plus proche et distance moyenne effectivement parcourue par ces derniers, selon le niveau économique pondéré du patient (source: enquête domiciliaire, 1995).

Niv. écon. pond.	Dist. moy. min. à un service			Distance moyenne parcourue par 370 patients				
	650 mén.	1335 mal.	370 util. (1)	Ts serv. form. (2)	(2)/(1)	CCS	CSSP	St-Martin
Bas	5.6	6.0	3.8	9.9	2.61	3,3	9,1	22,0
Moyen	5.3	5.6	4.1	6.3	1.55	3,0	7,7	10,2
Élevé	4.3	4.6	3.2	5.8	1.81	1,9	3,6	21,9
Total	5.1	5.4	3.6	7.2	1.98	2,7	5,9	18,7

Finalement, le Tableau 130 montre que les patients des services de santé formels ont en moyenne parcouru un trajet d'autant plus long que leur niveau économique est bas (5,8 kilomètres pour les plus riches contre 9,9 kilomètres pour les plus pauvres). Cela reste vrai quel que soit le service considéré. On observe encore que la distance effectivement parcourue est en moyenne 2 fois plus longue que le trajet minimal pour atteindre le service de santé formel le plus proche (7,2 contre 3,6 kilomètres), et que, d'autre part, l'écart entre distance minimale et distance effectivement parcourue est nettement plus important pour les patients d'un bas niveau économique que pour les autres. Cela implique qu'une partie des patients ne se sont pas rendus

dans le service le plus proche et que cette tendance est plus prononcée chez les patients d'un bas niveau économique.

Paradoxalement, la pauvreté diminue donc un peu la probabilité d'un recours extérieur formel en cas de maladie, mais augmente aussi la longueur moyenne du trajet en cas de recours extérieur. Et cela non pas tellement parce que les pauvres qui consultent habitent en moyenne légèrement plus loin d'un service que les patients plus aisés, mais surtout parce qu'ils se contentent moins souvent qu'eux d'aller dans le service le plus proche. L'hypothèse suivante pourrait l'expliquer. Du fait de leur bas niveau économique, allié pour certains à la faible accessibilité des services de santé, les plus pauvres fréquentent très peu les services de santé, réservant leurs rares visites aux cas les plus graves ou les plus rebelles. Ils préfèrent alors assez souvent aller dans un des deux hôpitaux de la sous-préfecture plutôt que dans leur CCS. La meilleure accessibilité économique des malades les plus riches les incite à consulter plus souvent que les pauvres en cas de maladie, donc pour des cas en moyenne moins graves que les leurs, pour lesquels un service de proximité suffit comme premier recours.

Cette hypothèse n'est toutefois pas vérifiée. On observe bien que les plus riches consultent effectivement un peu plus fréquemment que les plus pauvres. Toutefois la gravité perçue moyenne des cas de maladie ne varie pas du tout selon le niveau économique, pondéré ou non, des ménages. Il en va de même pour les seuls malades qui ont effectué au moins un recours extérieur. Les patients pauvres ne vont donc pas se faire soigner plus loin que les riches parce qu'ils sont plus gravement malades qu'eux. Il n'est toutefois pas exclu, tout comme nous l'avons observé pour les jeunes enfants comparés aux adultes, que le recours plus fréquent à un spécialiste débouche sur un recours plus local, indépendamment de la gravité des cas de maladie. En forçant alors un peu le trait, on pourrait dire que les riches consultent fréquemment, mais localement (du moins pour le premier recours extérieur), alors que les pauvres consultent rarement, mais vont alors plus souvent directement dans un hôpital.

Le niveau économique des utilisateurs du CSSP de Ouessè selon leur provenance montre bien à la fois que:

- les patients provenant de l'agglomération de Ouessè disposent d'un niveau économique supérieur à celui des patients venant d'autres communes (1,52 contre 0,89);
- les patients provenant de cette agglomération sont en moyenne plus riches que l'ensemble des habitants de l'agglomération (1,52 contre 1,13, ou 1,33 sans les *Peul* de Gbaffo, qui utilisent beaucoup moins le CSSP que les habitants d'Adougou et d'Attannondoho, les deux autres villages étudiés dans cette agglomération);
- le niveau économique moyen des habitants des villages extérieurs à l'agglomération de Ouessè envoyant des malades au CSSP est quasi égal à celui de ces patients (0,91 contre 0,89).

Deux phénomènes expliquent que le niveau économique moyen des utilisateurs du CSSP de Ouessè soit supérieur à celui des patients des CCS (1,33 contre 1,03). D'une part les habitants de l'agglomération de Ouessè disposent d'un meilleur niveau économique que ceux des communes environnantes, d'autre part les patients du CSSP résidant dans l'agglomération sont en moyenne plus riches que l'ensemble des habitants de l'agglomération. Cette sélection par la richesse n'opère pourtant plus pour les rares patients extérieurs à l'agglomération. On observe d'ailleurs le même phénomène pour les utilisateurs des lointains hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture ou pour l'hôpital Saint-Martin, pour lesquels le niveau économique moyen des utilisateurs est du même ordre de grandeur que pour les patients des CCS. La rare fréquentation des établissements de référence ne semble donc pas l'apanage des malades les plus aisés. Un bon niveau économique favorise une surutilisation relative des services de santé formels proches, mais n'incite pas particulièrement à sélectionner des établissements plus élevés dans la

hiérarchie et plus lointains. Il est à noter qu'en divisant la population en seulement trois niveaux économiques, on n'oppose pas des niveaux économiques extrêmes. De plus, les ménages aisés selon notre manière d'appréhender le niveau économique ne disposent pas forcément toujours de liquidités, alors que les plus pauvres peuvent souvent faire jouer leur réseau familial et social pour les cas les plus graves. Cela pourrait en partie expliquer cet accès peu différencié selon le niveau économique aux services de santé de niveaux intermédiaire et élevé.

Contrairement à ce que nous avons relevé pour les services de santé publics, les villages proches de l'hôpital confessionnel Saint-Martin sont plus pauvres que la moyenne sous-préfectorale. La logique d'implantation de l'hôpital Saint-Martin, hors de toute localité et dans une zone de colonisation agricole – donc pauvre – mais sur un grand axe routier doublé d'une voie ferrée, ne répond en effet pas du tout à celle des services publics. Près de la moitié (47 %) des patients de notre échantillon qui y sont allés proviennent d'Odo Akaba, village de la sous-préfecture de Ouessè le plus proche (4 kilomètres). Or l'indice économique moyen pondéré de ses ménages est de seulement 0,88, pour une moyenne générale de 0,99, et celle des patients issus de ce village de 0,80, contre 0,96 pour l'ensemble des patients de l'hôpital confessionnel et 1,02 pour l'ensemble des utilisateurs d'un service de santé formel. La proximité (mais aussi l'éloignement du CCS de Toui, meilleur marché) alliée à la bonne réputation de cet hôpital incite même les malades de niveau économique modeste à le fréquenter, malgré sa cherté relative. Environ 60 % des pauvres ayant fréquenté l'hôpital Saint-Martin et autant des patients d'un niveau économique moyen proviennent de ce village. Par contre, seuls 19 % des riches en sont issus.

Un quart des patients de l'hôpital confessionnel proviennent de Toui PK, deuxième village de notre échantillon le plus proche (de 11 à 16 kilomètres selon le chemin). Ces patients bénéficient par contre d'un niveau économique pondéré très supérieur (1,52) à la fois à la moyenne des utilisateurs de l'hôpital confessionnel, aux habitants de la sous-préfecture et aux habitants de Toui PK (0,71). Contrairement aux habitants d'Odo Akaba qui peuvent facilement se rendre à pied à l'hôpital Saint-Martin ou prendre un des nombreux taxis qui traversent leur village, ceux de Toui PK doivent disposer d'une moto ou en louer une ou encore, plus rarement, aller à bicyclette ou effectuer 8 kilomètres à pied avant d'atteindre la route goudronnée où passent les taxis. Les plus riches sont alors mieux armés que les autres pour surmonter ces difficultés de transport.

Le dernier quart des patients de l'hôpital Saint-Martin enregistrés lors de l'enquête domiciliaire (18 patients) proviennent des autres villages – souvent très lointains – de l'échantillon. Ils se caractérisent par un niveau économique moyen extrêmement faible (0,71).

Paradoxalement, ce sont donc les malades les plus pauvres qui vont se faire soigner le plus loin, et qui plus est, là où les soins sont parmi les plus chers, mais sans doute aussi de meilleure qualité. Cela concorde avec une autre conclusion relevée plus haut: les malades sans moyen de locomotion motorisé personnel fréquentent en moyenne des services de santé plus éloignés que les autres.

En conclusion, la fraction la plus pauvre de la population habite en moyenne plus loin d'un service de santé formel que les ménages les plus aisés. Cette conclusion reste valable pour les malades recensés au cours de l'enquête domiciliaire. Il n'est dès lors pas étonnant de constater que les plus pauvres pratiquent un peu moins les recours extérieurs que les plus riches. C'est plus la conjonction sur le même espace des ménages les plus riches et des services de santé formels, d'une part, et des ménages les plus pauvres sans aucun service de santé formel, d'autre part, qu'une différence d'accessibilité financière en soi qui explique le lien entre niveau économique et utilisation d'un service de santé formel. Les mêmes ménages tendent donc à

cumuler mauvaise accessibilité géographique et mauvaise accessibilité économique aux services de santé les plus couramment utilisés.

Comme pour tous les facteurs inégalement répartis dans l'espace, il convient donc de se méfier du niveau économique, utilisé seul, comme déterminant des choix thérapeutiques. Certains liens constatés entre niveau économique et comportements thérapeutiques, notamment le fait de recourir ou non à un spécialiste de la santé et le choix de l'un d'eux, découlent souvent plus de la localisation relative des différents groupes économiques et des services de santé que du niveau économique en soi. Evaluer le poids de ce dernier sur les choix thérapeutiques nécessiterait de standardiser la population par de nombreux facteurs, afin d'isoler la contribution au processus décisionnel du seul niveau économique. Il est clair qu'une telle méthode offre un intérêt plus académique que pratique, le planificateur, le praticien n'ayant jamais à prendre en charge des populations standardisées (ce qui ne les empêche pas parfois de les traiter comme telles).

Fluctuations temporelles des ressources et indigence permanente

Quel que soit le niveau économique du ménage et la profession de son chef, il est des moments de l'année où les ressources couvrent plus difficilement l'ensemble des besoins. Niveau économique et profession influencent toutefois la régularité, la durée et l'intensité de ces périodes de vaches maigres. Même les fonctionnaires dont le revenu est fixe et assuré tout au long de l'année voient souvent les ressources globales du ménage varier. Beaucoup de fonctionnaires, sans parler de leurs femmes, exercent une activité annexe plus ou moins intense (agriculture, commerce). Les agriculteurs pratiquent l'activité dont les revenus sont les plus irréguliers tout au long de l'année et d'une année à l'autre. Comme ils constituent une forte majorité de la population et donc des consommateurs, les revenus des commerçants et des artisans subissent fortement les contrecoups de ces fluctuations, d'autant plus qu'ils sont eux aussi souvent agriculteurs à titre secondaire.

Même lorsque les ressources des ménages ne varient guère en cours d'année, leur disponibilité financière fluctue car les dépenses sont elles aussi irrégulières. Les grosses dépenses ponctuelles, (funérailles, maladies, accidents, mariages) constituent une des causes, souvent imprévue de cette irrégularité des dépenses. L'augmentation progressive des prix agricoles au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la période des récoltes en constitue une autre, récurrente, prévisible... et inéluctable si l'on est pas autosuffisant sur le plan alimentaire ou si l'on n'a pas assez de liquidités à l'automne pour acheter des réserves au moment le plus propice.

Remarquons que les maladies présentent à la fois un caractère irrégulier et imprévisible au niveau du ménage (elles peuvent frapper à tout moment le ménage, avec une fréquence très variable) et assez régulier au niveau de la population (globalement, la fréquence des maladies augmente pendant la saison des pluies). Cette augmentation des besoins en soins de santé pendant l'été ne se traduit pas forcément par une augmentation de la consommation médicale. Sauerborn, Nougara, Hien [*et al.*] (1996) ont en effet mis en évidence au Burkina Faso des stratégies, inconscientes, pour minimiser l'impact de la maladie sur le ménage, au moment de l'année où il est le plus démuni et le plus occupé aux travaux champêtres. Le seuil de tolérance à la maladie augmente alors et la proportion des cas de maladie effectivement perçus comme tels diminue. De plus, le recours à l'automédication s'accroît. Il en résulte paradoxalement une diminution de la consommation médicale auprès des services de santé en été, alors même qu'objectivement les besoins sont maximaux à ce moment. Pour le Nord-Nigeria, Stock (1983) n'a relevé que des variations saisonnières insignifiantes d'utilisation des services de santé modernes, alors que là encore les besoins sont sans doute supérieurs durant la saison des pluies.

Pour estimer la disponibilité en argent tout au long de l'année, nous avons demandé lors de l'enquête domiciliaire quels étaient les mois pendant lesquels l'argent manque le plus dans le ménage. Il est possible qu'une telle question incite maints ménages à exagérer leurs difficultés financières ou à insister sur leur bas niveau de vie, comme ces quelques ménages, apparemment pas plus pauvres que d'autres, dont les représentants nous ont répondu "toute l'année", avec un large sourire. Dans certains cas, notamment des petits ménages composés de personnes âgées, une telle affirmation doit sans doute être prise au pied de la lettre. L'essentiel n'est pas ici de mesurer précisément les périodes de pénurie, ni même de comparer les ménages ou les villages entre eux. Il s'agit plutôt de dégager une tendance générale.

Dans presque tous les ménages on considère que l'argent manque au moins durant un mois, généralement durant 3 ou 4 mois. D'après la Figure 128, il est clair que ce sont les mois de soudure agricole, de juin à août, voire septembre, qui constituent un cap financier difficile à passer. Environ 80 % des ménages s'accordent pour considérer août comme un mois de pénurie financière. La situation s'améliore avec les premières récoltes en septembre. En février, la vente du coton apporte une deuxième bouffée d'oxygène à beaucoup de ménages. La situation est assez similaire d'un village à l'autre (moyenne de 2,53 à 3,46 mois). Gbédé et Wokpa, qui ont l'indice de niveau économique pondéré le plus faible, enregistrent la moyenne la plus élevée du nombre de mois avec pénurie d'argent. Mais la correspondance entre ces deux indicateurs n'est pas bonne pour autant. Le village d'Attannondoho est par exemple le plus riche selon notre indice du niveau économique, mais ses habitants déclarent une durée de pénurie quasi aussi longue qu'à Wokpa. Partout le mode se situe en août ou, plus rarement en juillet. Seul le village *peul* de Gbaffo se distingue un peu des autres, car l'économie y est à la fois basée sur l'agriculture et l'élevage. Le manque d'argent pendant la période de soudure agricole y est moins marqué qu'ailleurs. Par contre, plus que dans les autres villages, la période de janvier à mars y est critique pour certains ménages dépendant beaucoup de leurs ressources laitières. Pendant ces mois très secs, les vaches tarissent et il faudra attendre les premières pluies de mars ou avril pour que l'herbe recommence à pousser.

La disponibilité en argent est donc minimale pendant la saison des pluies, qui constitue également la période pendant laquelle les besoins en soins de santé sont les plus élevés. Les pluies favorisent en effet de nombreux vecteurs, notamment les anophèles. De juin à octobre on assiste à une forte recrudescence du paludisme, maladie la plus fréquente dans la sous-préfecture de Ouessè, au Bénin et dans de larges portions de l'Afrique subsaharienne. Ces mois correspondent également à la charge agricole la plus lourde avec son lot de problèmes de santé spécifiques: morsures de serpents, courbatures et "rhumatismes", blessures au coupe-coupe, sans parler des efforts intenses et prolongés sous le soleil, qui affaiblissent l'organisme face à des maladies comme le paludisme. Cette augmentation estivale en besoins de soins se traduit dans la sous-préfecture de Ouessè par un pic de fréquentation des services de santé pendant les mois de juin et juillet (cf. partie II, chap. 2a). Il est toutefois probable que ce pic serait plus prononcé s'il ne correspondait pas précisément à l'époque de l'année de moindre disponibilité financière. Il ne faut pas oublier non plus qu'à ce moment, tous les efforts visent à assurer la prochaine récolte et que de plus une partie de la population vit dans les "fermes" pendant plusieurs jours, voire semaines, consécutifs. Cela ne favorise pas la fréquentation des services de santé, malgré les besoins importants.

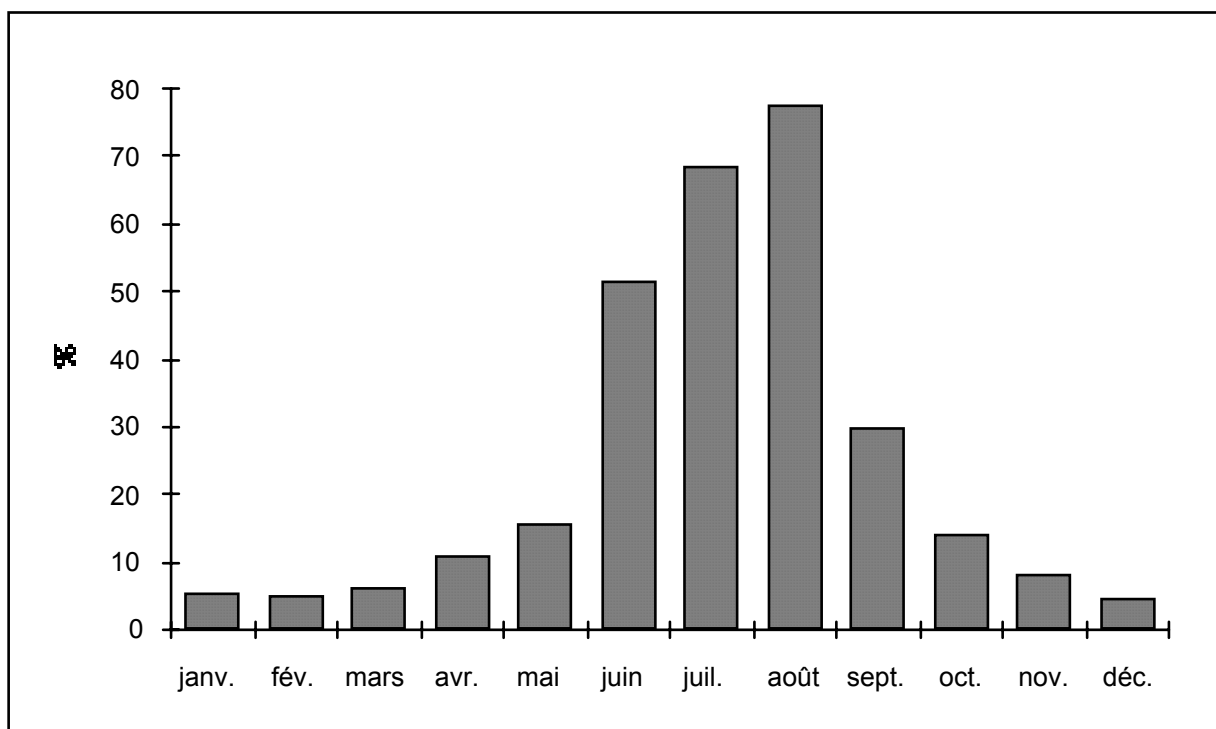


Figure 128 Mois pendant lesquels l'argent manque le plus dans les ménages: proportion des ménages ayant mentionné chacun des mois (source: enquête domiciliaire, 1995).

Il existe une frange de la population pour laquelle la pénurie de ressources est permanente. Conformément à toute la littérature francophone traitant de l'accès économique aux services de santé en Afrique subsaharienne, ces gens sont appelés "les indigents" dans le discours officiel béninois. Du fait même de leur extrême dénuement, leur accès aux services de santé est quasi nul. Cette catégorie de population constitue le cas limite d'un facteur, le niveau économique, qui déterminerait presque à lui seul le recours – plus exactement le non recours – aux spécialistes de la santé. Le "presque" s'impose toutefois, car un tel degré de pauvreté implique également un grand isolement social et familial. Nous n'avons pas exploré l'importance des réseaux sociaux et familiaux pour le financement de la santé (voir à ce propos SAUERBORN, NOUGTARA et DIESFELD, 1995). Ils ne sont généralement pas capitaux, dans la mesure où les ménages doivent d'abord compter sur leurs propres ressources. Mais ils le deviennent précisément lorsque la maladie survient dans un ménage temporairement ou de manière permanente sans ressources. Or Sauerborn, Adams et Hien (1996) ont montré qu'au Burkina Faso ce sont paradoxalement – mais cela s'explique très bien – les plus riches qui sont le plus à même de mobiliser des ressources et des services externes au ménage.

D'un point de vue sanitaire, le problème des indigents a surgit au grand jour lorsque, adoptant l'Initiative de Bamako prévoyant notamment le financement communautaire, les Etats substituèrent à la fin des années 1980 le paiement des soins et des médicaments à la médecine publique gratuite. Bien que cette gratuité fût souvent fictive, dans la mesure où la pratique du "cadeau" tendait à s'imposer et où la rédaction d'une ordonnance pour la pharmacie privée tenait de plus en plus souvent lieu de cession gratuite de médicaments, l'introduction du financement communautaire écartait ouvertement une partie de la population des soins de santé primaires. Comme dorénavant de nombreux problèmes des systèmes sanitaires nationaux devaient trouver une solution au sein des communautés, cette question épineuse échet à ces dernières. Partout ou presque, il fut décidé que les indigents seraient soignés gratuitement. C'est-à-dire que, à travers le financement communautaire, les malades pouvant payer leurs

consultations subventionneraient les indigents. Une forme de solidarité communautaire... et forcée devait remplacer une solidarité familiale et de voisinage défaillantes pour une minorité de la population. Au Bénin, les Comités de gestion communal de la santé (COGEC) ou les Comités sous-préfectoraux de gestion de la santé (COGES) devaient identifier les indigents et en dresser la liste pour les services de santé, afin d'éviter les abus. Cette solidarité communautaire avait toutefois ses limites: il fallait préserver les chances d'autonomie financière (la "solvabilité") des CCS et des CSSP. Les "communautés" de la sous-préfecture de Ouessè n'ont pas assumé ce cadeau empoisonné. Si bien qu'il n'existe pas d'indigents officiels et qu'il est exceptionnel qu'un malade bénéficie de la gratuité des soins (parfois l'infirmier y va de sa poche). Cette situation n'est de loin pas propre à la sous-préfecture de Ouessè, ni même au Bénin (MCPAKE, HANSON et MILLS, s.d.).

Au moyen d'un questionnaire tel que le notre, il est impossible de détecter les indigents. Nous avons vu que dans chaque catégorie économique quelques pour cent des malades n'ont rien fait pour se soigner. Les motifs pour l'expliquer ne sont d'ailleurs de loin pas qu'économiques. De même, les malades qui ont pratiqué une automédication gratuite ou à très bas coût ne l'ont pas forcément fait contraints par une grande pauvreté.

L'automédication reste en effet largement représentée dans tous les niveaux économiques. Notre questionnaire est de plus trop ponctuel dans le temps pour différencier un ménage indigent d'un ménage momentanément désargenté. Si notre catégorie économique la plus basse renferme sans doute quelques indigents¹, elle ne doit pas être confondue avec eux. Nous en voulons pour preuve qu'environ 24 % des malades relevant de cette catégorie ont effectué un recours extérieur, contre environ 30 % pour les plus riches, écart somme toute limité. En fait, il nous paraît peu probable qu'un questionnaire, même spécifique, puisse réellement identifier les indigents. Tout au plus, il permettrait de recenser ceux qui, à coup sûr, ne sont pas indigents. Comme le suggéraient les promoteurs de l'Initiative de Bamako seule chaque communauté pourrait effectivement définir en son sein qui est indigent ou non.

Encore faut-il examiner si cette tâche et ses résultats sont acceptables par la communauté. Un tel exercice reviendrait, entre autres, à attribuer un ordre de priorité à la santé commun à tous les ménages du village. Or cet ordre de priorité n'est sans doute pas partagé, tout comme la santé n'est pas forcément la première priorité financière de tous. Faut-il par exemple accorder la gratuité à un ménage trop pauvre pour utiliser un service de santé de base, mais qui parvient à assumer certaines dépenses sociales qu'il juge prioritaires? Qu'on ne s'y trompe pas. Définir qui est indigent revient à réexaminer tous les fondements sociaux et culturels, y compris religieux, de la communauté.

Impact de la dévaluation du FCFA sur le niveau d'utilisation des services de santé

Le 12 janvier 1994, nous avons été surpris comme (presque) tout le monde par l'annonce de la dévaluation du FCFA, vieux serpent de mer qui semblait ne jamais devoir se concrétiser. Notre problématique et a fortiori notre méthode de travail n'incluaient donc pas l'étude de cet événement d'une portée considérable pour tous les Etats concernés, notamment sur le plan sanitaire. L'augmentation brutale du prix des soins, des médicaments, des déplacements, en un mot de la santé, constitue une occasion idéale, mais heureusement rare, de jauger l'impact des prix – considérés comme un déterminant du recours aux soins – sur la consommation médicale.

¹ On peut aussi supposer que les indigents sont sous-représentés dans notre échantillon. Si nous avions précisé aux chefs de villages que notre échantillon devait aussi inclure des pauvres, il est vraisemblable que les indigents aient été largement écartés du choix raisonné des ménages, en raison de l'exclusion sociale les caractérisant souvent. Cependant, dans une société rurale encore très structurée telle qu'on la rencontre dans la sous-préfecture de Ouessè, les gens très pauvres ne bénéficiant d'aucun soutien doivent être très rares.

Avant la dévaluation, quelques études dans les pays en voie de développement ont mesuré l'influence d'une augmentation des prix des soins et médicaments ou de la suppression de la gratuité (pas toujours réelle rappelons-le) des consultations et médicaments dans les services de santé publics. Celles de Heller (1982) en Malaisie et d'Akin (1986) aux Philippines révèlent un faible impact sur la fréquentation, mais l'on y passe de la gratuité à des tarifs faibles à modérés. Knippenberg, Lévy-Brühl, Osseni [*et al.*], (1990) montrent que, lorsque l'instauration de soins payants s'accompagne de l'amélioration de la disponibilité des médicaments et de la qualité des services, l'utilisation augmente. Au contraire, les études de Bethune, Alfani et Lahaye (1989) dans l'actuelle République Démocratique du Congo, de Yoder (1989) au Lesotho, de Waddington et Enyimayew (1989 et 1990) au Ghana, de Haddad et Fournier (1995) dans l'actuelle RDC montrent que l'impact de l'augmentation des prix sur la fréquentation est généralement fort à court terme. Mais lorsque ces études bénéficient d'un certain recul, on constate parfois un retour progressif aux taux d'utilisation antérieurs, après une baisse initiale immédiate et importante. De plus, dans la plupart de ces cas, l'introduction de soins payants ou la forte augmentation des tarifs n'ont pas été accompagnés d'une amélioration de la qualité des services. Les revues de la littérature de Kanji (1989) et de Creese (1990) montrent également une réduction de l'utilisation des services avec l'introduction du paiement des soins sans contrepartie au niveau des prestations.

Des études suggèrent que l'augmentation des prix frappe davantage certaines catégories d'utilisateurs que d'autres. Ainsi, au Lesotho, l'augmentation des tarifs dans les services de santé publics ont eu un impact particulièrement fort sur la fréquentation du groupe d'âge le plus vulnérable: les moins de 5 ans (BENNET *in*: CREESE, 1993). De même, au Ghana, l'utilisation a plus régressé chez les moins de 14 ans et les plus de 45 ans que chez les actifs (WADDINGTON et ENYIMAYEW, 1989). La même étude a également montré qu'avec le temps les services de santé urbains sont remontés aux taux d'utilisation antérieurs, ce qui n'a pas été le cas des services ruraux. Dans le même ordre d'idée, l'enquête au Lesotho indique que les services de santé de plaine voient leur fréquentation augmenter régulièrement après la forte baisse initiale, suggérant que les taux d'utilisation y rejoindront bientôt les taux initiaux. Ce rattrapage n'est cependant pas observé pour les services de santé des régions montagneuses (BENNET *in*: CREESE, 1993). Au Bénin, c'est l'effet positif sur la fréquentation de l'amélioration globale du fonctionnement des services de santé publics permise par l'introduction du recouvrement des coûts qui s'exerce différemment en milieu rural et urbain. Alors que l'on a observé une augmentation de la fréquentation en milieu rural, elle tend par contre à diminuer dans les grandes villes, du fait de la concurrence croissante du secteur privé (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et CISSÉ, 1998).

Au Ghana, l'augmentation des prix a aussi entraîné une réorientation de la demande en faveur des vendeurs non autorisés de médicaments (WADDINGTON et ENYIMAYEW, 1989). Ce qui implique une diminution globale de la qualité des soins. Au Swaziland, la brutale augmentation des prix (+ 300 à 400 %) dans le secteur public afin de les aligner sur ceux du secteur confessionnel a débouché sur une réorientation des flux de patients, d'autant plus que cette hausse ne s'est pas accompagnée d'une amélioration de la qualité des soins (YODER, 1989). La fréquentation du secteur public a globalement diminué de près d'un tiers, alors que celle du secteur confessionnel a augmenté d'un dixième. Cela implique une baisse de plus de 17 % du taux d'utilisation de l'ensemble des services de santé et l'abandon par de nombreux malades de la médecine moderne formelle, voire l'absence de tout traitement. Un an après l'augmentation des prix, la baisse de fréquentation se poursuivait.

Trois ans après l'introduction de la vente des médicaments en 1987, les responsables du Projet bénino-allemand des soins de santé primaires relèvent que l'approvisionnement permanent des services de santé en médicaments essentiels bon marché est désormais acquis, mais que l'augmentation de la fréquentation reste très modeste, contrairement à leur attente

(CZESNIK et WOLF, 1993). Ils s'attendaient en effet à ce que, malgré l'introduction du paiement des soins et médicaments, la redynamisation des services de santé conduirait à une augmentation de la demande. Une autre enquête béninoise incluant aussi des sous-préfectures bénéficiant d'autres projets similaires a comparé le nombre de nouveaux consultants en 1988 à celui de 1987 (GBEDONOU, MOUSSA, FLOURY [*et al.*], 1993). Elle conclut que le nombre de nouveaux consultants a plus que doublé dans 60 % des services de santé étudiés et qu'il a régressé dans seulement 4 % d'entre eux. En moyenne, la fréquentation a été multipliée par 2,15. Cette augmentation se serait maintenue les deux années suivantes.

L'impact de la dévaluation du FCFA sur la consommation médicale devrait a priori être exceptionnellement fort, puisque non seulement les coûts de la santé ont considérablement augmenté, mais encore tous les autres coûts. La marge de manoeuvre des ménages en est réduite d'autant et leurs priorités doivent être redéfinies. Un certain nombre de publications, concernant notamment Abidjan, tentent déjà une première analyse de l'impact de la dévaluation sur la fréquentation des services de santé et surtout sur le coût des médicaments, puisqu'une forte majorité d'entre eux sont importés (GUESSAN BI et PORTAL, 1994 et 1996; DIOMANDE, CAMARA et BRAMANE, 1995). Malheureusement, la légèreté de leur méthodologie en réduit la portée, surtout en ce qui concerne l'évolution du recours aux soins.

Notre propre méthode de travail n'est pas adaptée à l'étude de cette problématique. En effet, nous disposons d'une enquête domiciliaire détaillée, incluant tous les types de recours thérapeutiques, y compris l'absence de tout traitement et l'automédication, effectuée un an après la dévaluation; mais nous n'avons aucune connaissance de la situation antérieure. Cependant, comme nous avons étudié l'évolution de la fréquentation de tous les services de santé modernes formels ou presque formels de la sous-préfecture de Ouessè entre octobre 1991 et septembre 1994, nous pouvons fournir quelques indications sur l'impact de la dévaluation relativement à l'utilisation de ces seuls services.

La dévaluation a provoqué une forte inflation, dans des Etats où elle était exceptionnellement modérée, en raison même la parité fixe du FCFA avec le franc français. Tous les salaires ont dû être adaptés, mais pas suffisamment pour laisser intact le pouvoir d'achat antérieur. Cette revalorisation des salaires, y compris ceux des agents de santé, a contribué à l'augmentation des coûts de la santé, sans parler de l'envol du prix des médicaments et équipements importés. Mais au moins jusqu'au printemps 1995, l'impact de la dévaluation sur l'accès aux services de santé est globalement resté modéré, dans la mesure où les services de santé publics n'ont modifié aucun de leurs prix. Des mesures d'accompagnement à la dévaluation, sous forme d'aides extérieures, notamment aux ministères de la santé des Etats "dévalués", ont permis cette forme de subvention à la population béninoise. Ces mesures étant toutefois éphémères, la centrale d'achat des médicaments auprès de laquelle s'approvisionnent tous les services de santé publiques du Bénin augmenta ses prix d'environ 25 % en moyenne, un an après la dévaluation. Il fut interdit aux services de santé de répercuter cette augmentation sur leurs prix, comprimant ainsi une "marge bénéficiaire brute" plutôt confortable (environ 250 % en moyenne). La marge d'autofinancement de ces services, devant couvrir le renouvellement du stock des médicaments, certains frais de fonctionnement et les salaires du personnel auxiliaire, en est restreinte d'autant, risquant d'hypothéquer leur autonomie financière. Il est probable que les tarifs des services de santé publics vont progressivement augmenter, jusqu'à compenser l'augmentation réelle des coûts occasionnés par la dévaluation¹.

Ne bénéficiant d'aucune subvention ni de péréquation financière entre services de santé, les secteurs confessionnel et privé ont par contre immédiatement adapté leurs prix (cf. partie II, chap. 3a pour l'hôpital Saint-Martin). Le prix des courses en taxis augmenta lui aussi fortement

¹ Cela c'est effectivement produit, en 1996 sauf erreur.

(cf. partie I, chap. 1b), de même que celui de l'essence et de l'huile nécessaires aux motos. L'augmentation du prix des véhicules et de leurs pièces détachées contribua également au renchérissement des déplacements.

La réaction à cette hausse brutale du coût total d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin ne s'est pas fait attendre. Il y eut presque un vent de panique, comparable à celui constaté chez les commerçants de Cotonou et d'autres villes béninoises, qui fermèrent parfois leurs boutiques pendant plusieurs jours. Comme l'atteste la Figure 35 (cf. partie II, chap. 2b) et le Tableau 131, le nombre total de consultations mensuel et annuel chuta fortement dès janvier 1994, alors que la tendance était à une hausse soutenue depuis au moins 1986. Dans le même temps, les services de santé publics virent croître considérablement leur volume d'activité curative.

Pour l'ensemble de l'année 1994, le recul du nombre total de consultations strictement ambulatoires à l'hôpital Saint-Martin est de 39 % par rapport à l'année précédente et de presque 28 % si l'on considère aussi les consultations qui ont débouché sur une hospitalisation, qui elles ont continué à progresser (cf. Tableau 25). Nous ne disposons malheureusement pas de la fréquentation mensuelle pour les seuls patients provenant de la sous-préfecture de Ouessè. Nous savons toutefois que sur un an (d'octobre 1993 à septembre 1994) elle a diminué de 38,4 % par rapport à la période correspondante un an plus tôt, alors même que la fréquentation venait de connaître un bond de 35,5 % (cf. partie III, chap. 2b). La baisse de fréquentation par les ressortissants de la sous-préfecture de Ouessè consécutive à la dévaluation est en fait supérieure à 35,5 %, puisque notre période de référence inclut trois mois et demi antérieurs à celle-ci (12 janvier 1994).

N'ayant pas modifié leurs prix, les services de santé publics de la sous-préfecture ont largement bénéficié de la soudaine perte d'attractivité de l'hôpital confessionnel (cf. Tableau 131 et Figure 129). C'est bien depuis la dévaluation (en fait un mois avant) que la fréquentation dans les services de santé publics a brusquement, fortement et durablement augmenté. Pour l'année 1994, cela se traduit globalement par un bond de 60 % des nouvelles consultations (cf. Tableau 131).

Tous les services participent à cette augmentation, à des degrés divers il est vrai. En gros, les quatre CCS de l'Est, moitié de la sous-préfecture d'où proviennent la majorité des patients de l'hôpital Saint-Martin issus de la sous-préfecture, voient le nombre de leurs nouvelles consultations s'accroître de 100 à 140 %. Plus éloignés de l'hôpital confessionnel, les trois services de santé publics de l'Ouest progressent de "seulement" 20 à 45 %. Ce sont logiquement les services de santé les plus proches de l'hôpital Saint-Martin, subissant le plus fortement sa concurrence, qui ont récupéré le plus de patients après l'augmentation des prix dans cet établissement.

Comme l'adaptation des prix ne concernait qu'un seul service de santé, on a simplement assisté à un déplacement de la demande vers les autres services. Cela en termes quantitatifs du moins, puisque de 1992 à 1994 le nombre global de consultations pour l'ensemble de la sous-préfecture est resté stable, malgré la forte augmentation des prix à l'hôpital Saint-Martin et les ouvertures et fermetures de services de santé publics ou privés (cf. partie III, chap. 2b). Encore faudrait-il savoir si la population n'y a pas perdu au change. Si les habitants de la sous-préfecture de Ouessè, surtout ceux de l'Est, fréquentaient volontiers l'hôpital Saint-Martin, malgré la distance et le coût médical un peu plus élevé que dans les CCS, même avant le réajustement des tarifs, c'est bien que cet établissement leur apportait un plus par rapport aux services de santé publics. Cet avantage comparatif n'a pas disparu avec la dévaluation. Mais il faut dorénavant le payer beaucoup plus cher. Ce que beaucoup de malades ne peuvent ou ne veulent pas faire. C'est donc à leur corps défendant que les malades se sont rabattus sur les CCS. Si les services de santé publics sont devenus relativement plus attractifs, ce n'est

malheureusement pas dû à une amélioration de leurs prestations, mais à une détérioration du rapport coût/qualité de leur principal concurrent. Que se passera-t-il le jour, inévitable, où les services publics devront à leur tour adapter leurs prix? Ce qui s'est passé à l'hôpital Saint-Martin montre à l'évidence que l'utilisation des services de santé est très sensible à de telles modifications. L'hôpital confessionnel bénéficiera alors à son tour de la détérioration de l'offre de la concurrence. Mais aussi et surtout, une nouvelle frange de la population devra stopper ou restreindre sa consommation médicale.

Tableau 131 Evolution annuelle du nombre de consultations ambulatoires dans les services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè (sources: rapports d'activité).

	1991 - 1992*		1992 - 1993		1993 - 1994	
	N	%	N	%	N	%
CSSP de Ouessè	+376	+8.8	-405	-7.9	+2140	+45.1
CCS de Djegbé	+88	+100.0	-78	-40.2	+23	+19.8
CCS de Gbanlin	+198	+15.6	+111	+6.9	+618	+36.0
CCS de Challa Ogoï	-83	-21.6	-14	-2.9	+523	+112.7
CCS de Kémon	+226	+100.0	+250	+110.6	+685	+143.9
CCS de Kilibo	-105	-45.7	+281	+83.1	+629	+101.6
CCS de Toui	-482	-81.4	-296	-32.0	+696	+110.5
Total services publics	+218	+3.1	-151	-1.7	+5314	+60.6
Hôpital Saint-Martin**	?	?	+2549	+19.6	-4322	-27.7

* Les 9 derniers mois de l'année seulement.

** Pour l'ensemble des patients, y compris ceux qui ne proviennent pas de la sous-préfecture de Ouessè et ceux qui seront hospitalisés.

N. B. La définition de la consultation est différente dans les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin:
pour les services de santé publics: nombre de nouvelles consultations curatives et plus précisément de nouveaux diagnostics (un malade se présentant avec deux diagnostics est en général enregistré deux fois; comme ce procédé est systématique, il ne biaise pas les comparaisons interannuelles);
pour l'hôpital Saint-Martin: ensemble des consultations (nouvelles, anciennes et prénatales, ces dernières constituant environ 13 % du total).
Les valeurs en italique désignent des variations dues à l'inexistence de ces CCS durant une partie de la période précédente.

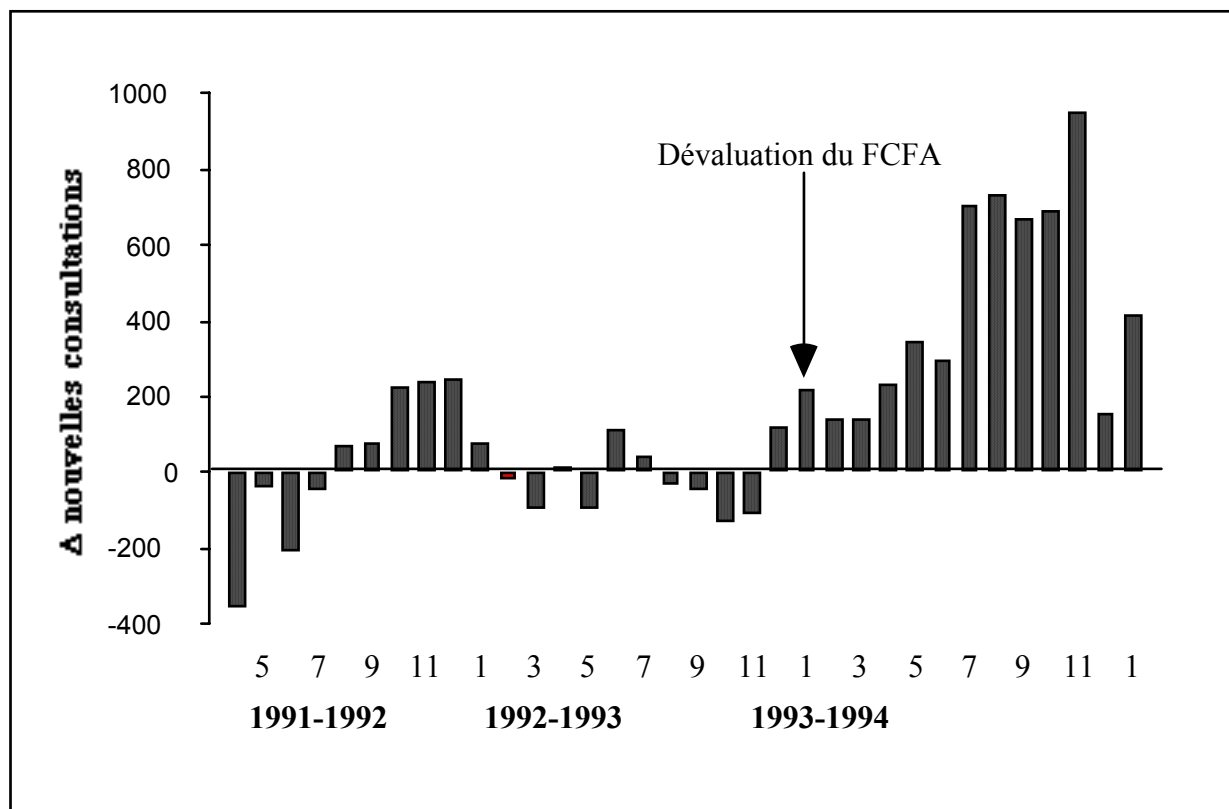


Figure 129 Différence interannuelle du nombre de nouvelles consultations mensuelles pour l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè (sources: rapports d'activité mensuels et annuels).

c) Les facteurs de besoins

Rappelons que les facteurs de besoins sont ceux qui décrivent l'état de santé d'un individu, que ce soit la perception de cet état de santé par l'individu ou ses proches, son évaluation par un médecin ou encore le diagnostic posé. Dans cette thèse, nous proposons une acception restreinte des facteurs de besoins. Notre modèle explicatif étant plus un modèle de l'utilisation que de l'accès potentiel aux services de santé, nous ne cherchons pas à évaluer, à partir de différents facteurs, le volume de malades qui entrent dans le système de soins, mais bien l'influence de ces facteurs sur les comportements de recherche de soins. Nos facteurs de besoins n'incluent donc pas l'état de santé de la population générale, qui détermine la demande potentielle, tant il est vrai que le besoin constitue la cause la plus immédiate d'utilisation des services de santé (FIEDLER, 1981). Nos facteurs ne concernent que des personnes qui éprouvent un besoin et se contentent d'en décrire certains aspects comme:

- la gravité perçue de la maladie par le malade ou par les adultes du ménage qui nous ont répondu;
- le diagnostic posé par eux;
- la durée de la maladie au moment de la prise de décision (latence thérapeutique).

La gravité perçue de la maladie

Lorsqu'elle a été étudiée, la gravité perçue de la maladie s'est révélée un déterminant important des choix thérapeutiques (SAUERBORN, NOUGTARA, DIESFELD, 1995). Il en va de même

de l'urgence perçue d'une intervention. Bien que souvent liés, ces deux facteurs peuvent influencer différemment les choix thérapeutiques. Une gravité perçue élevée tend à pousser à la consultation de spécialistes de la santé plutôt qu'à se contenter de l'automédication. Ce qui n'empêche d'ailleurs souvent pas l'automédication de rester prédominante, comme c'est le cas dans deux sous-préfecture béninoise où elle constitue environ 60 % des premières actions thérapeutiques pour des maladies perçues comme graves, mais plus de 70 % pour les maladies bénignes (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). Pour les cas urgents, la rapidité d'intervention prime souvent sur la recherche de l'efficacité thérapeutique maximale, quitte à, dans un deuxième temps, se rendre dans un service plus qualifié. Mais il est bien clair que même en cas d'urgence les services de proximité seront délaissés au profit de services plus lointains mais d'un niveau hiérarchique supérieur, s'ils n'offrent pas une prise en charge acceptable. Cela a par exemple été observé au Sri Lanka où, pour les cas urgents impliquant les jeunes enfants, les ruraux évitent les services de santé publics locaux dépourvus de moyens, pour se rendre en ville, dans des hôpitaux privés (WOLFFERS, 1988). Le même auteur relève que, lorsqu'un enfant est très malade, 76 % et 88 % des recours thérapeutiques dans deux districts impliquent des services de santé modernes, tous types confondus. Une autre étude au Sri Lanka montre que les cas considérés comme graves (par des professionnels) évitent plus souvent que les cas moins sévères les services de santé de base; ils en découlent que la distance moyenne que parcourent ces malades est supérieure (AKIN et HUTCHINSON, 1999).

Dans la plupart des études, la gravité ou la sévérité de la maladie utilisée comme variable explicative des choix thérapeutiques est celle qui est perçue par le malade et son entourage, sans chercher à expliciter les facteurs qui déterminent cette perception (degré de souffrance, symptômes, diagnostic, rapidité de survenue, évolution...). C'est en effet bien la perception de son état de santé, et non l'état de santé réel objectivé par un spécialiste de la santé, qui conditionne la marche à suivre. Peu nous importe ici de savoir si cette perception débouche sur les réponses les plus adéquates d'un point de vue médical. Comme le rappelle Valdez (1992), la gravité physique de la maladie ou de la lésion n'est en effet pas toujours en rapport avec le niveau de souffrance et les douleurs des personnes. On assiste alors parfois à de longs déplacements pour des problèmes bénins, mais aussi à des consultations de dernière minute ou à l'absence de consultation pour des problèmes graves.

La gravité perçue constitue-t-elle vraiment une variable prédictive, au sens où elle précède l'action qu'elle doit expliquer? Cela dépend sans doute du cas. La perception de la maladie est en effet dynamique. Elle peut évoluer au cours du temps, parallèlement à l'évolution de la maladie. Ainsi, une maladie considérée au début comme bénigne sera finalement perçue comme très grave si, suite à une complication, elle devait déboucher sur un décès ou même simplement perdurer et nécessiter l'intervention d'un spécialiste de la santé. Autant que les symptômes, le recours extérieur, l'hospitalisation, le montant engagé, la durée totale de la maladie et son issue conditionnent a posteriori le regard porté sur elle. L'itinéraire thérapeutique suivi est donc à la fois cause et conséquence de l'évaluation en continu de l'état du malade.

Nous avons distingué trois degrés de gravité: très grave, assez grave et peu ou pas grave. Notre hypothèse est que la fréquence relative de l'inaction thérapeutique et de l'automédication est d'autant plus importante que la maladie est considérée comme plus bénigne, alors que celle des recours extérieurs augmente avec l'accroissement de la gravité perçue. On devrait de plus assister à une utilisation privilégiée des services de santé les mieux cotés en cas de maladies graves. En outre, les remèdes modernes devraient être plus utilisés en cas de maladie très grave.

La première action thérapeutique est très significativement associée avec la gravité perçue de la maladie ($p = 0,0001$). Il en va de même pour chacune des trois actions thérapeutiques prises séparément ($p = 0,043$ pour l'inaction thérapeutique et $p = 0,0001$ pour l'automédication

et les recours extérieurs). Partout on observe une gradation dans la fréquence des comportements thérapeutiques, en fonction de la gravité perçue de la maladie (cf. Tableau 132). Mais les différences entre les cas très graves et les cas assez graves sont minimales. Elles sont par contre importantes entre ces deux catégories, d'une part, et celle des maladies peu ou pas graves, d'autre part. L'inaction thérapeutique diminue avec l'augmentation de la gravité perçue de la maladie (4,6 % pour les maladies peu ou pas graves, contre 1,9 % pour les maladies très graves). Il en va de même pour l'automédication (77,9 % contre 63,2 %). Par contre, la fréquence des recours extérieurs double pour les maladies très graves par rapport aux maladies peu ou pas graves (34,9 % contre 17,5 %).

La proportion du recours à l'automédication en fonction de la gravité de la maladie selon notre enquête est très proche de celle d'une étude réalisée en 1988 dans la sous-préfecture rurale de Banté, peu éloignée de celle de Ouessè (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). Selon cette dernière, on se soigne d'abord en famille, que la maladie soit grave (60 %) ou bénigne (72 %). Pour ces dernières, 5 % des cas ne sont pas du tout traités. Cette enquête montre également que les guérisseurs sont rarement utilisés comme premiers recours pour les cas graves (6 %) et moins encore les secouristes (1 %).

Tableau 132 Première action thérapeutique en fonction des facteurs de besoins (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Rien fait		Automédication		Recours ext.		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Gravité estimée p = 0,0001	Très grave	5	1.9	163	63.2	90	34.9	258	100.0
	Assez grave	11	2.3	312	64.1	164	33.7	487	100.0
	Peu/pas grave	26	4.6	440	77.9	99	17.5	565	100.0
Diagnostic p = 0,0001	“Paludisme mâle”	0	0.0	55	72.4	21	27.6	76	100.0
	“Paludisme femelle”	2	0.5	269	69.7	115	29.8	386	100.0
	Diarrhée	13	7.0	117	62.9	56	30.1	186	100.0
	Dysenterie	5	3.1	133	82.6	23	14.3	161	100.0
	Toux + fièvre	12	3.7	225	68.8	90	27.5	327	100.0
	“Attaque”	0	0.0	12	48.0	13	52.0	25	100.0
	Rougeole	0	0.0	7	87.5	1	12.5	8	100.0
	<i>Manyan</i>	1	1.8	43	75.4	13	22.8	57	100.0
	Mal. sex. transmis.	1	20.0	1	20.0	3	60.0	5	100.0
	Rhumatisme	3	10.0	24	80.0	3	10.0	30	100.0
	Traumatisme	0	0.0	5	50.0	5	50.0	10	100.0
	Hernie	7	14.3	35	71.4	7	14.3	49	100.0
	Morsure serpent	0	0.0	4	28.6	10	71.4	14	100.0
Latence thérapeutique p = 0,0001	1 jour			361	81.5	82	18.5	443	100.0
	2 jours			343	68.2	160	31.8	503	100.0
	3 jours			89	59.3	61	40.7	150	100.0
	4 jours			33	60.0	22	40.0	55	100.0
	5 jours			16	51.6	15	48.4	31	100.0

	6 et 7 jours		13	59.1	9	40.9	22	100.0
	>7 jours		7	63.6	4	36.4	11	100.0

Globalement, le type de remèdes utilisés en automédication n'est pas statistiquement lié à la perception de la gravité de la maladie ($p = 0,071$; cf. Tableau 133). Toutefois, les remèdes traditionnels, utilisés exclusivement durant tout le traitement, sont significativement plus souvent employés lorsque la maladie est très grave ($p = 0,011$; 25,5 % pour les cas de maladie peu ou pas graves, contre 35,8 % pour les plus graves). Le contraire est observé pour les médicaments modernes utilisés seuls ($p = 0,013$; 45,2 % contre 32,1 %).

Tableau 133 Type de remèdes utilisés en automédication comme première action thérapeutique selon les facteurs de besoins (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	RT		RM		RT+RM		RT->RM		RM->RT		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravité estimée $p = 0,071$ $p = 0,029$ si très grave opposé à pas grave	Très grave	59	35.8	53	32.1	5	3.0	31	18.8	17	10.3	165	100.0
	Assez grave	104	33.2	125	39.9	8	2.6	51	16.3	25	8.0	313	100.0
	Peu/pas grave	112	25.5	199	45.2	17	3.9	66	15.0	46	10.5	440	100.0
	“Paludisme mâle”	20	36.4	16	29.1	3	5.5	7	12.7	9	16.4	55	100.0
	“Paludisme femelle”	65	24.2	101	37.5	14	5.2	50	18.6	39	14.5	269	100.0
Diagnostic $p = 0,0002$	Diarrhée	36	30.8	52	44.4	3	2.6	19	16.2	7	6.0	117	100.0
	Dysenterie	47	35.3	51	38.3	3	2.3	23	17.3	9	6.8	133	100.0
	Toux + fièvre	54	23.8	120	52.9	6	2.6	30	13.2	17	7.5	227	100.0
	“Attaque”	3	25.0	6	50.0	0	0.0	3	25.0	0	0.0	12	100.0
	Rougeole	3	42.9	3	42.9	0	0.0	1	14.3	0	0.0	7	100.0
	<i>Manyan</i>	22	51.2	7	16.3	1	2.3	7	16.3	6	14.0	43	100.0
	Mal. sex. transmis.	1	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	Rhumatisme	3	12.5	13	54.2	0	0.0	6	25.0	2	8.3	24	100.0
	Traumatisme	2	40.0	1	20.0	0	0.0	2	40.0	0	0.0	5	100.0
	Hernie	18	51.4	14	40.0	1	2.9	1	2.9	1	2.9	35	100.0
	Morsure serpent	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0
Latence thérapeutique $p = 0,447$	1 jour	98	27.0	164	45.2	14	3.9	51	14.0	36	9.9	363	100.0
	2 jours	102	29.7	136	39.7	9	2.6	62	18.1	34	9.9	343	100.0
	3 jours	25	27.8	41	45.6	3	3.3	14	15.6	7	7.8	90	100.0
	4 jours	8	24.2	16	48.5	3	9.1	2	6.1	4	12.1	33	100.0
	5 jours	5	31.3	7	43.8	0	0.0	3	18.8	1	6.3	16	100.0
	>5 jours	11	55.0	3	15.0	1	5.0	3	15.0	2	10.0	20	100.0

Le choix d'un type de recours extérieurs n'est pas statistiquement associé à la gravité de la maladie, et cela aussi bien globalement ($p = 0,118$; cf. Tableau 134), que pour chacun des quatre types de recours pris séparément. Les tendances relevées correspondent toutefois bien avec notre hypothèse: les recours à un service de santé moderne sont les plus fréquents pour les

maladies les plus graves, alors que c'est le contraire pour les UVS et les "infirmiers" privés. Le recours à un guérisseur semble réservé aux maladies graves à très graves. Si d'autres enquêtes devaient confirmer cette tendance, cela suggérerait que les guérisseurs, de moins en moins employés, conserveraient la confiance des patients pour des cas bien spécifiques. Le quasi non recours aux guérisseurs pour les cas peu ou pas graves pourrait aussi s'expliquer par le fait que presque tous les recours aux guérisseurs interviennent après une étape d'automédication. Nous ne considérons en effet ici que les premiers recours extérieurs, après automédication ou non, et il est exceptionnel qu'un itinéraire thérapeutique commence par la visite d'un guérisseur. Or, d'une manière générale, il est rare que l'on considère comme peu ou pas grave un cas qui a nécessité au moins deux étapes dans l'itinéraire thérapeutique.

Le type de recours formels choisi est fortement associé à la gravité de la maladie ($p = 0,0009$). Les CCS sont plus souvent ($p = 0,002$) visités pour les cas peu graves (39,4 % de tous les cas considérés comme tels) ou assez graves (46,2 %) que pour les cas très graves (22,4 %). Les cas les plus sévères sont par contre plus fréquents ($p = 0,002$) que les autres au CSSP de Ouessè (53,3 % contre environ 35 % pour chacune des deux autres niveaux de gravité). Bien que non significative – sans doute à cause de la faiblesse des effectifs en jeu –, signalons la fréquence croissante du recours à un hôpital extérieur à la sous-préfecture avec l'augmentation de la gravité. Pour l'hôpital Saint-Martin de Papané, la tendance n'est pas claire et les différences non statistiquement significatives.

Ainsi, notre hypothèse de départ est vérifiée pour la première action thérapeutique: l'inaction thérapeutique et l'automédication diminuent avec l'augmentation de la gravité perçue, alors que les recours extérieurs deviennent plus fréquents. Cela montre qu'au moins une partie des malades considère que la consultation d'un spécialiste de la santé apporte un plus par rapport au traitement familial. Il ne faut toutefois pas oublier que, au moment de l'enquête, près des deux tiers des personnes considérées comme très gravement malades n'avaient jamais consulté un spécialiste de la santé, quel qu'il soit. Ce second point de vue est nettement moins encourageant que le premier, quant à la perception de l'efficacité d'un recours extérieur par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Notre hypothèse n'est par contre pas vérifiée, bien au contraire, pour l'impact de la gravité perçue sur le type de remèdes utilisés. Par son comportement, la population semble dénier aux médicaments modernes toute supériorité sur les remèdes traditionnels, en termes d'efficacité, ou du moins de rapidité d'action. Cette supériorité a pourtant bien souvent été affirmée lors des entretiens. Conformément à notre hypothèse, il semble bien y avoir un choix différencié des recours extérieurs en fonction de la gravité de la maladie, les services les mieux cotés étant privilégiés en cas de maladies très graves. Toutefois, cette tendance est souvent faible et non significative.

De plus, le fait que l'hôpital Saint-Martin, le mieux coté loin à la ronde, attire proportionnellement plus de cas peu ou pas graves que de cas moyennement ou très graves semble affaiblir cette conclusion. La réalité est plus nuancée. Le recours à cet établissement répond en effet à des logiques largement différentes selon la provenance des patients. Presque 73 % des utilisateurs de cet hôpital selon notre échantillon proviennent d'Odo Akaba et de Toui PK, deux des trois villages de la sous-préfecture les plus proches. La gravité perçue de ces cas est faible (2,3 pour Odo Akaba et 2,2 pour Toui PK¹). A l'inverse, la gravité perçue pour les patients provenant des autres villages de l'échantillon est assez élevée (1,6). La bonne réputation de cet hôpital confessionnel y attire donc relativement facilement les malades habitant à proximité, même ceux souffrant de maladies perçues comme peu grave. Lorsque l'accessibilité de l'hôpital diminue, son taux d'utilisation décroît mais la proportion des cas sévères augmente. A une utilisation "fréquente" de proximité s'oppose donc largement une utilisation rare

¹ Rappelons que 1 signifie "très grave", 2 "assez grave" et 3 "peu ou pas grave".

d'autoréférence pour les patients lointains souffrant de cas jugés graves. Comme ces derniers sont très minoritaires dans l'échantillon, la gravité moyenne des cas ayant débouché sur une consultation à l'hôpital Saint-Martin reste inférieure à la moyenne générale.

En fonction de la gravité a priori de la maladie, généralement déterminée par sa nature, les ménages se donnent souvent des règles de conduite, incluant une gradation dans l'intervention en fonction de la gravité. Comme le montre la citation ci-dessous du chef de village de Vossa, cette gradation inclut à la fois une dimension hiérarchique et une dimension spatiale. Comme nous l'avons déjà relevé ailleurs, la population est généralement très stoïque envers la maladie. Il en résulte que même des maladies considérées comme très graves n'entraînent pas ou pas immédiatement un recours extérieur.

J'essaie toujours de traiter à la maison deux ou trois jours avant d'aller à Tosso [au dispensaire du CCS de Gbanlin] si ça ne va pas. Si ça ne va toujours pas, l'infirmier me dit d'aller à Ouessè [au CSSP]. S'ils échouent à Ouessè, ils envoient à Abomey ou à Parakou. Mais dans ma famille, la maladie ne dépasse jamais Ouessè. Dans ma famille il n'y a jamais eu de maladies suffisamment graves pour aller directement à Tosso. Mais j'irai directement à Tosso en cas d'"attaque" ou de fracture. Pour les morsures de serpents ou la folie, je vais directement chez un guérisseur.

Avec d'autres termes, le chef de village non officiel de Wokpa, au sud de Vossa, et le chef de village de Gbédé, au sud-est de la sous-préfecture, tiennent le même langage.

En cas de maladie, les habitants du village font toujours d'abord de l'automédication, sauf si c'est une urgence. En cas d'échec de l'automédication, ils demandent ensuite conseil à un ami, puis à un des deux guérisseurs du village, qui sont bien fréquentés car ici nous sommes tous parents. Tous passent par le guérisseur avant de quitter Wokpa. Il essaie un ou deux jours, puis évacue. On va toujours d'abord à Tosso [au dispensaire du CCS de Gbanlin], qui réfère au besoin à Ouessè [au CSSP]. On va directement à Tosso pour la diarrhée et la toux avec crachat de sang comme la tuberculose. Si le docteur [l'infirmier] échoue contre cette dernière, on va voir un guérisseur. Tout dépend de l'organisme et de la dureté de la maladie. Pour la même maladie, tantôt on peut guérir ou pas; c'est pareil pour le docteur et le guérisseur. On ne va jamais à Papané [à l'hôpital Saint-Martin] de notre propre autorité, sauf pour les hernies. En cas d'"attaque", on va directement à Ouessè. Pour les blessures graves, les fractures, on va directement à Ouessè, sans passer par Tosso ni essayer l'automédication. Pour les morsures de serpents, notre guérisseur est efficace; nous irons ensuite à Ouessè si ça s'aggrave, mais cela n'est jamais arrivé.

La population fréquente régulièrement l'UVS pour de petites choses. Mais si c'est plus grave, elle va à Kokoro [au dispensaire du CCS], à Ouessè [au CSSP] et surtout à Papané [à l'hôpital Saint-Martin]. Mais avant, ils essaient un peu à la maison. Actuellement, la population consulte plus à Papané qu'à Kokoro, si c'est un peu grave. Le docteur de Ouessè nous a encouragé à référer [autoréférence!] plutôt à Ouessè. Malgré cette sensibilisation, nous continuons à aller à Papané, car l'accès est plus facile et c'est plus efficace.

Ces itinéraires types prenant en compte la nature et la gravité de la maladie sont évidemment à considérer comme une norme générale – pour ne pas dire idéale – à l'échelle d'un ménage ou d'un village, dont l'application est soumise aux contraintes du moment et de la maladie, sans parler des différences de profils entre ménages d'un même village. En début d'entretiens, ces itinéraires types sont même souvent plus schématiques encore. Les gens feraient toujours ceci ou cela, ou bien n'iraient jamais directement ici ou là, puis, en creusant un peu, apparaissent les "sauf en cas de..." et les "mais si c'est grave...". Le schématisme de ces itinéraires types explique les décalages souvent observés lors de leur confrontation aux itinéraires réels, comme par exemple l'importance des guérisseurs traditionnels à Wokpa, qui ne ressort pas de notre enquête dans ce village. Ils n'en demeurent pas moins proches de la tendance générale propre à chaque village, voire à l'ensemble de la sous-préfecture. Autrement

dit, quelques entretiens avec des interlocuteurs clés suffisent souvent à connaître les grandes lignes du comportement de recherche de soins des habitants d'un village.

Le diagnostic

Suivant l'exemple de Stock (1983) et de Mwabu (1986), nous sommes parti, tout au long de cette thèse, du principe trop souvent oublié que l'on ne saurait mener une recherche pertinente sur les comportements thérapeutiques sans distinguer le type d'affections et plus précisément la perception du diagnostic par le malade et son entourage. Toute maladie s'inscrit en effet dans un système nosologique et étiologique propre à chaque culture. La position de la maladie au sein de ce système conditionne la marche à suivre pour la prendre en charge. On pense ici immédiatement à la classique dichotomie entre "maladie pour le guérisseur" et "maladie pour l'hôpital". La valeur prédictive d'une telle classification des maladies reste d'ailleurs toute relative. D'une part le type de maladies opère surtout pour le premier et éventuellement les deux premiers choix thérapeutiques, laissant ensuite la porte ouverte à toutes les options. Or nous avons vu que, au Bénin, dans la sous-préfecture de Ouessè comme à Cotonou, les guérisseurs constituent plutôt un recours de deuxième ou troisième intention. D'autre part, cette classification est souvent plus subtile qu'il n'y paraît. Par maladie il faut en effet entendre ici bien plus un cas de maladie particulier et contextualisé, que simplement le diagnostic. Même s'il existe probablement certaines tendances, il ne faut pas s'attendre à un lien mécanique et donc absolu entre un diagnostic et les actions thérapeutiques qu'il génère. A Cotonou par exemple, une vaste enquête n'a relevé aucun profil spécifique de maladie pouvant justifier un recours au tradipraticien plutôt qu'à un autre type de soins (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et Cissé, 1998).

Lors de l'analyse des registres de santé, nous avons déjà mis en évidence une certaine spécialisation de fait des services de santé modernes sur des affections particulières. Bien plus que de la volonté délibérée des services, cette "spécialisation" découle de la perception par les patients de la capacité des différents services à prendre en charge efficacement les divers problèmes de santé. Cette "spécialisation" est donc doublement négative. D'une part les services de santé ne la recherchent généralement pas, même si certaines caractéristiques de l'offre ne peuvent qu'y conduire; d'autre part, les patients la crée à leur corps défendant, en devant chercher ailleurs les compétences et les moyens qu'ils ne trouvent pas localement pour certains problèmes de santé. D'autres études constatent également une certaine spécialisation de fait des différents types de services de santé en fonction de la pathologie (MWABU, 1986; GESLER et GAGE, 1987; KLOOS, ETEA, DEGEFA [*et al.*], 1987; GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et Cissé, 1998).

L'enquête domiciliaire permet d'élargir le propos à l'ensemble des ressources thérapeutiques. Une partie des différences de comportement selon le diagnostic que nous attendons provient sans doute de la gravité attribuée a priori à chaque type de maladies. Nous avons en effet vu que les choix thérapeutiques sont influencés par la perception de la gravité du cas de maladie, perception au demeurant forgée autant, sinon plus, a posteriori qu'a priori. Ainsi, le "paludisme mâle", l'"attaque", la rougeole, le *manyen* ou les morsures de serpents sont habituellement considérés comme plus graves que le "paludisme femelle", la diarrhée, la dysenterie ou les maladies sexuelles transmissibles. Cela n'implique pas que tout cas diagnostiqué comme un "paludisme mâle", par exemple, sera considéré comme très grave et entraînera rapidement un recours chez un spécialiste. La gravité et l'urgence liées à quelques diagnostics occasionnent cependant des réactions assez standards. En définitive, c'est la perception de la capacité de chaque recours thérapeutique à prendre en charge efficacement une pathologie donnée que devrait révéler l'analyse des premiers choix thérapeutiques selon le diagnostic.

Rappelons que les treize diagnostics testés ne couvrent pas l'ensemble des pathologies perçues ou diagnostiquées dont souffrent les habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Il s'agit d'un choix a priori de pathologies, de groupes de pathologies, de symptômes et de traumatismes courants dans la sous-préfecture de Ouessè, ou dont la prise en charge pourrait relever de modèles propres, comme nous le suggéraient divers entretiens et la fréquence des différents diagnostics enregistrés dans les services de santé modernes de la sous-préfecture. Les pathologies et symptômes légers ou diffus n'ont pas été retenus: rhumes, dermatoses, petits traumatismes, maux de tête, de ventre... Les treize diagnostics sont clairement identifiables par les personnes visitées. Au besoin, nous avons utilisé à cet effet des termes locaux pour désigner certaines d'entre eux, même dans la version française du questionnaire: "paludisme femelle", "paludisme mâle", "attaque", *manyen*. Pour les trois derniers, il s'agit de désignations dont la correspondance avec un ou des diagnostics médicaux n'est pas certifiée. Les treize catégories diagnostiques proposées font la part belle, sinon exclusive, aux affection somatiques, surtout aiguës. Elles ne permettent donc pas de prendre la pleine mesure du potentiel thérapeutique des *bokono* (devins), des guérisseurs, des églises thérapeutiques, voire des marabouts.

Notre recherche d'un lien statistique entre le diagnostic et le comportement thérapeutique est de type exploratoire. Nous n'émettons donc aucune hypothèse sur la nature de ce lien éventuel.

Le choix entre l'inaction thérapeutique, l'automédication et un recours extérieur direct est statistiquement très significativement associé au diagnostic ($p = 0,0001$, cf. Tableau 132) et cela aussi bien globalement que pour chaque option opposée aux deux autres. Pour une moyenne de 3,3 %, l'inaction thérapeutique s'échelonne entre 0 % et 14,3 % selon le diagnostic (et même 20 % si l'on prend en considération les très rares cas de maladies sexuellement transmissibles). Le "paludisme mâle", l' "attaque", la rougeole, les traumatismes et les morsures de serpents ne sont jamais laissés sans traitement. Mais pour chacune de ces maladies, la différence par rapport à l'ensemble des autres diagnostics n'est pas statistiquement significative. Le "paludisme femelle" (0,5 %, différence significative) et le *manyen* (1,8 %) sont très rarement laissés sans soins. La dysenterie et la toux accompagnée de fièvre se situent très près de la moyenne. Par contre, l'inaction thérapeutique augmente sensiblement pour la diarrhée (7 %, significatif), symptôme généralement considéré comme peu inquiétant, et surtout pour les maladies chroniques: rhumatisme (10 %) et hernie (14,3 %, significatif). Il est toutefois utile de rappeler que pour les maladies chroniques, comme pour les autres maladies, nous ne nous sommes intéressé qu'aux traitements intervenus durant le mois précédant l'interview ou qui se sont prolongés pendant cette période. L'inaction présente face aux maladies chroniques a en fait presque toujours été précédée par de multiples tentatives thérapeutiques.

Alors qu'en moyenne presque 70 % des malades pratiquent d'abord l'automédication, cette dernière est particulièrement prise en cas de rougeole (87,5 %), de dysenterie (82,6 %, différence significative), de rhumatisme (80 %) et de *manyen* (75,4 %). A l'inverse, la fréquentation directe d'un spécialiste de la santé se situe très au-dessus de la moyenne (27 %), pour quelques diagnostics. Il s'agit des morsures de serpents (71,4 % de recours extérieurs, différence significative), des maladies sexuellement transmissibles (60 %), de l' "attaque" (52 %, significatif) et des traumatismes (50 %).

En conclusion, il ressort que les affections aiguës ne sont presque jamais laissées sans traitement, à l'exception, relative, de la diarrhée. L'inaction thérapeutique durant le mois écoulé ne concerne réellement que les cas chroniques, et encore de façon limitée. De plus, il apparaît clairement que certaines affections débouchent nettement plus souvent sur une consultation que d'autres, pour lesquelles l'automédication est relativement surutilisée.

Il ne nous est pas possible d'expliquer objectivement ces dernières différences entre affections. Elles reposent sans doute sur une appréciation du rapport coût/bénéfice offert par les diverses options thérapeutiques, mais nous ne pouvons pas estimer l'efficacité relative de ces options. Il est clair par exemple que, hormis une opération, pas à la portée de toutes les bourses, l'hôpital n'a pas grand chose à proposer en cas de hernie. L'automédication, utilisée dans plus de sept cas de hernie sur dix, est-elle pour autant plus efficace?

Un malade sur sept seulement consulte en cas de dysenterie, presque tous les autres préférant l'automédication. Or les dispensaires disposent d'un médicament efficace contre cette affection. La population le sait-elle? Ce qu'elle appelle *zenti* ou *zenkwinkwin* en *mahi* et *gbigbin* en *nagot* correspond-il vraiment à la dysenterie de la nosologie biomédicale? Les malades préfèrent-ils s'approvisionner en médicaments directement sur le marché, à moindre coût? Mais dans ce cas, on devrait retrouver la même proportion d'automédication pour le "paludisme femelle" par exemple, pour lequel des médicaments efficaces et connus sont aussi disponibles sur le marché. Ou est-ce que la phytothérapie est (considérée comme) plus efficace que les comprimés des infirmiers pour cette affection? Cette explication n'est pas suffisante, dans la mesure où la phytothérapie n'a, en moyenne, pas été beaucoup plus souvent utilisée contre la dysenterie que contre les autres maladies. Une autre explication partielle serait que la dysenterie est souvent considérée comme bénigne: 52 % des cas ont été jugés peu ou pas graves.

Pour deux diagnostics, il semble bien que ce soit l'efficacité reconnue de la médecine formelle et le peu de moyens à disposition des profanes qui expliquent la proportion élevée des recours extérieurs. Il s'agit des morsures de serpents et des traumatismes. La pharmacopée locale comporte bien des produits qui passent pour efficaces contre les morsures de serpents. Mais de l'aveu même d'un guérisseur, dont le traitement des morsures constitue une des spécialités, ils ne sont presque plus utilisés, car ils ne sont pas immédiatement disponibles, devant être cueillis en brousse. Seuls les infirmiers pratiquent les petites sutures nécessitées par un traumatisme et si les comprimés sont abondants sur les marchés, il n'en va pas de même des produits de désinfection. Confrontés à la faible efficacité des autres recours, les personnes mordues par un serpent ou gravement blessées consultent donc généralement l'un des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture. Il n'en va pas de même au Sri Lanka, où, pour les morsures de serpents et les fractures, la population rurale préfère l'aide rapide d'experts traditionnels locaux (WOLFFERS, 1988). Une fois de plus, on constate que les déterminants des recours thérapeutiques agissent rarement isolément: la perception de la gravité ou de l'urgence d'un cas ne prend sens que lorsqu'elle est combinée à la perception de la capacité des diverses composantes de l'offre de soins d'y répondre.

Il existe globalement une association très significative entre le type de remèdes pris en automédication et le diagnostic perçu ($p = 0,0002$, cf. Tableau 133). Lorsqu'on les oppose à l'ensemble des autres types de remèdes, il en va de même pour les remèdes traditionnels utilisés seuls de bout en bout du traitement ($p = 0,0001$) et pour les médicaments modernes employés seuls ($p = 0,0002$), mais pas pour les traitements utilisant simultanément ou successivement les deux types de remèdes.

En cas d'automédication, la fréquence d'utilisation des remèdes traditionnels seuls varie de 12,5 % à 100 % selon le diagnostic perçu, pour une moyenne de presque 30 %. Malgré l'importance des écarts, beaucoup des différences de fréquence entre un diagnostic et l'ensemble des autres diagnostics ne sont pas significatives, en raison du nombre de cas limité pour certains d'entre eux. Ce sont d'ailleurs les diagnostics les plus rares qui accusent les écarts à la moyenne les plus importants. La toux accompagnée de fièvre et le "paludisme femelle" ont été significativement moins souvent que les autres affections traités exclusivement au moyen de remèdes traditionnels (respectivement 23,8 % et 24,2 %). Il faut sans doute y voir la

conséquence de la grande disponibilité sur les marchés de médicaments efficaces (antibiotiques et *nivaquine*). C'est d'ailleurs pour la toux accompagnée de fièvre que les médicaments modernes utilisés exclusivement sont le plus fréquemment choisis (52,9 %, différence significative). Pour le paludisme par contre, le faible engouement pour l'utilisation exclusive de plantes médicinales ne profite pas aux médicaments modernes employés exclusivement, mais aux différentes combinaisons de ces deux types de remèdes.

Pour trois diagnostics, les remèdes traditionnels utilisés seuls sont significativement surreprésentés: les morsures de serpents (100 %), les hernies et le *manyen* (environ 51 % chacun). Les ampoules de sérum antivenimeux injectable ne semblent pas disponibles sur les marchés locaux. Les médicaments modernes ne sont pas d'un grand secours face aux hernies. Quant aux médicaments contre le *manyen*, probablement une candidose digestive, ils ne semblent pas non plus disponibles chez les vendeuses du marché. Pour le seul *manyen*, les médicaments modernes employés exclusivement sont par contre significativement sous-utilisés (16,3 % pour une moyenne de 41,2 %).

Une autre manière de considérer les choses consiste à observer, pour chaque diagnostic, quel est le type de remèdes pris en premier, que ce soit seul ou en association et quelle que soit la suite du traitement en automédication. Globalement, les médicaments modernes sont un peu plus souvent tentés en premier que les remèdes traditionnels, nous l'avons déjà vu (52,4 % des cas d'automédication). Malgré cette primauté globale des médicaments modernes, ils ne sont majoritaires comme premier remède que pour quatre diagnostics: rhumatisme (62,5 %), toux avec fièvre (61,4 %, différence significative), "paludisme femelle" (54,4 %) et diarrhée (51,7 %). Pour tous les autres diagnostics, les malades pratiquant l'automédication la commencent plus souvent par un remède traditionnel. Mais la différence n'est statistiquement significative que pour deux d'entre eux: les morsures de serpents (100 %) et le *manyen* (68,2 %). Notons encore que ce sont les traumatismes et le "paludisme femelle" qui enregistrent le plus de traitements mélangeant les deux types de remèdes (environ 40 %), alors que les associations sont rares pour les morsures de serpents (0 %), les hernies (moins de 9 %) et la rougeole (environ 14 %).

Tableau 134 Type de premiers recours extérieurs utilisés (après automédication ou non pour la gravité et le diagnostic et sans automédication préalable pour la latence thérapeutique), selon les facteurs de besoins (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Méd.-inf.		Privé+itin.		Secouriste		Guérisseur		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravité estimée p = 0,118	Très grave	107	90.7	4	3.4	2	1.7	5	4.2	118	100.0
	Assez grave	173	85.6	18	8.9	5	2.5	6	3.0	202	100.0
	Peu/pas grave	99	86.8	7	6.1	7	6.1	1	0.9	114	100.0
Diagnostic	"Paludisme mâle"	28	93.3	0	0.0	1	3.3	1	3.3	30	100.0
	"Paludisme femelle"	127	89.4	12	8.5	2	1.4	1	0.7	142	100.0
	Diarrhée	57	85.1	5	7.5	5	7.5	0	0.0	67	100.0
	Dysenterie	29	87.9	1	3.0	0	0.0	3	9.1	33	100.0
	Toux + fièvre	85	82.5	11	10.7	5	4.9	2	1.9	103	100.0
	"Attaque"	12	92.3	0	0.0	1	7.7	0	0.0	13	100.0

p = 0,0001	Rougeole	2	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
	<i>Manyan</i>	19	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	19	100.0
	Mal. sex. transmis.	3	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0
	Rhumatisme	3	50.0	0	0.0	0	0.0	3	50.0	6	100.0
	Traumatisme	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	100.0
	Hernie	8	80.0	0	0.0	0	0.0	2	20.0	10	100.0
	Morsure serpent	9	90.0	1	10.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0
Latence thérapeutique p = 0,753	1 jour	75	91.5	4	4.9	3	3.7	0	0.0	82	100.0
	2 jours	139	86.9	13	8.1	8	5.0	0	0.0	160	100.0
	3 jours	51	83.6	7	11.5	3	4.9	0	0.0	61	100.0
	4 jours	19	86.4	3	13.6	0	0.0	0	0.0	22	100.0
	5 et 6 jours	16	88.9	2	11.1	0	0.0	0	0.0	18	100.0
	>6 jours	10	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	100.0

En conclusion, le diagnostic perçu influence effectivement le choix entre remèdes traditionnels et modernes lors de l'automédication. Si nous connaissons en quoi il l'influence, nous ne savons par contre guère pourquoi.

Le choix du type de recours extérieurs est lui aussi significativement associé au diagnostic ($p = 0,0001$, cf. Tableau 134). Il en va de même pour les guérisseurs opposés à l'ensemble des autres recours ($p = 0,0001$). Ces derniers sont consultés pour la moitié des cas de rhumatisme, pour un cinquième des cas de hernie et pour presque un dixième des cas de dysenterie. Ces différences sont significatives, malgré les faibles effectifs. Si l'on enlève de l'analyse les quatre diagnostics qui ont enregistré chacun moins de 10 recours extérieurs (rougeole, *manyen*, maladies sexuellement transmissibles et traumatismes), le recours à un agent de santé formel est aussi significativement associé à l'ensemble des autres diagnostics ($p = 0,006$). Les maladies habituellement considérées comme les plus graves ne sont par contre pas significativement associées au choix d'un agent de santé formel.

Il est encore à relever que toutes les catégories de thérapeutes ne sont pas sollicitées pour l'ensemble des diagnostics rencontrés. Seuls les agents de santé formels sont consultés pour l'ensemble des treize diagnostics testés. Les guérisseurs ont été visités pour six d'entre eux, les privés et les secouristes pour cinq chacun. Alors que ces deux derniers types de thérapeutes sont presque exclusivement recherchés pour les diagnostics les plus fréquents, les guérisseurs semblent davantage consultés pour des diagnostics plus rares. Les guérisseurs ne sont pas recherchés pour les traumatismes. Le nombre de ces cas est limité dans notre échantillon, mais plusieurs entretiens avec des guérisseurs locaux confirment ces données. De plus, Houssou (1985) avait observé la même chose à Cotonou. Seules les deux affections les plus fréquemment diagnostiquées ont occasionné des consultations chez tous les types de thérapeutes: le "paludisme femelle" et la toux avec fièvre.

Le type de services de santé formels choisi varie significativement selon le diagnostic ($p = 0,003$, cf. Tableau 135). Ce sont essentiellement les grandes différences observées d'un service à l'autre pour les diagnostics rares qui rendent ces variations significatives. En effet, elles ne sont plus du tout significatives dès lors que l'on ôte de l'analyse les six diagnostics dont les effectifs sont inférieurs à dix ($p = 0,341$). Le choix d'un CCS et d'un hôpital extérieur à la sous-préfecture de Ouessè est aussi significatif pour l'ensemble des diagnostics ($p = 0,009$ et $0,005$), mais ne l'est plus pour les sept diagnostics les plus fréquents. Les différences

d'utilisation des deux hôpitaux desservant la sous-préfecture ne sont par contre jamais significatives. Comme les différences sont rarement significatives d'un point de vue statistique, nous ne donnerons que quelques tendances se dégageant du Tableau 135.

Bien que les CCS ait attirés 37,2 % de tous les recours extérieurs auprès d'un service de santé formel, certaines maladies n'y sont jamais représentées. Cela s'explique d'ailleurs pour les hernies, les morsures de serpents et le rhumatisme, pour lesquels les dispensaires ne sont d'aucun secours (tous les dispensaires ne disposant pas de sérum antivenimeux). Comme nous l'avons déjà observé en analysant les diagnostics des services de santé desservant la sous-préfecture, le "paludisme femelle" est surreprésenté dans les CCS, puisque 46,5 % des malades de notre échantillon en souffrant et s'étant adressés à un service de santé formel ont choisi un CCS, soit 9,3 points de plus que pour tous les diagnostics ensemble (différence statistiquement significative). Tous les cas de morsures de serpents se sont dirigés vers les deux hôpitaux de la sous-préfecture, c'est-à-dire vers les deux services de santé les plus proches disposant à coup sûr de sérum. Les cas de hernie se sont répartis assez équitablement entre les trois types d'hôpitaux disponibles. L'analyse des registres, plus exhaustive, avait révélé une diversité des pathologies traitées beaucoup plus grande à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè. L'enquête domiciliaire révèle plutôt l'inverse. Mais le nombre de visites à l'hôpital Saint-Martin, beaucoup plus restreint qu'au CSSP (66 contre 159), n'y favorise pas l'émergence des diagnostics rares.

En définitive, le choix d'un recours extérieur, formel ou non, en fonction du diagnostic perçu est difficilement prévisible à partir des données de l'enquête domiciliaire. Les effectifs en jeu sont souvent trop limités pour que les différences relevées, même importantes, soient statistiquement significatives. De plus, même lorsque c'est le cas, il est rarement possible de savoir en quoi le diagnostic influence le choix d'un recours extérieur.

Tableau 135 Type de premiers recours extérieurs formels utilisés (après automédication ou non pour la gravité et le diagnostic et sans automédication préalable pour la latence thérapeutique), selon les facteurs de besoins (source: enquête domiciliaire, 1995).

Facteurs	Catégories	Ts CCS		CSSP/O.		Autres hôp.		H.St-Martin		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gravité estimée p = 0,0009	Très grave	24	22.4	57	53.3	8	7.5	18	16.8	107	100.0
	Assez grave	80	46.2	61	35.3	8	4.6	24	13.9	173	100.0
	Peu/pas grave	39	39.4	35	35.4	2	2.0	23	23.2	99	100.0
Diagnostic p = 0,003 p = 0,341 si on enlève les 6 diag. où N < 10	"Paludisme mâle"	9	32.1	12	42.9	0	0.0	7	25.0	28	100.0
	"Palud. femelle"	59	46.5	49	38.6	3	2.4	16	12.6	127	100.0
	Diarrhée	24	42.1	20	35.1	2	3.5	11	19.3	57	100.0
	Dysenterie	8	27.6	12	41.4	2	6.9	7	24.1	29	100.0
	Toux + fièvre	27	31.8	37	43.5	5	5.9	16	18.8	85	100.0
	"Attaque"	6	50.0	3	25.0	0	0.0	3	25.0	12	100.0
	Rougeole	0	0.0	2	100.0	0	0.0	0	0.0	2	100.0
	Manyan	9	47.4	8	42.1	2	10.5	0	0.0	19	100.0
	Mal. sex. transm.	2	66.7	1	33.3	0	0.0	0	0.0	3	100.0
	Rhumatisme	0	0.0	3	100.0	0	0.0	0	0.0	3	100.0

	Traumatisme	0	0.0	3	60.0	2	40.0	0	0.0	5	100.0
	Hernie	0	0.0	3	37.5	2	25.0	3	37.5	8	100.0
	Morsure serpent	0	0.0	6	66.7	0	0.0	3	33.3	9	100.0
Latence thérapeutique $p = 0,004$	1 jour	25	33.3	41	54.7	2	2.7	7	9.3	75	100.0
	2 jours	55	39.6	46	33.1	4	2.9	34	24.5	139	100.0
	3 jours	21	41.2	21	41.2	1	2.0	8	15.7	51	100.0
	4 jours	7	36.8	7	36.8	2	10.5	3	15.8	19	100.0
	5 jours	8	57.1	4	28.6	1	7.1	1	7.1	14	100.0
	>5 jours	2	16.7	5	41.7	3	25.0	2	16.7	12	100.0

La latence thérapeutique

Il est communément admis que la durée totale de l'épisode de maladie influence les itinéraires thérapeutiques, qui sont généralement d'autant plus longs et complexes que la maladie se prolonge. Cependant, cette durée n'est connue qu'a posteriori et ne saurait peser sur les décisions prises au jour le jour, tout au long d'un épisode de maladie. Ce n'est donc pas la durée totale de l'épisode qui constitue un déterminant pertinent des choix thérapeutiques, mais sa durée au moment où chaque décision est prise.

Il est difficile de prévoir dans quel sens joue l'éventuelle relation entre l'ancienneté de la maladie au moment d'un choix thérapeutique et ce dernier. Bien que contradictoires, deux hypothèses paraissent pertinentes:

- plus la période de latence thérapeutique est longue et plus l'action thérapeutique subséquente recherche une rapidité d'action et une efficacité maximales. En effet, la maladie est alors perçue comme d'autant plus grave qu'elle ne faiblit pas d'elle-même, voire même qu'elle s'est objectivement aggravée depuis le début des symptômes. Cela revient à émettre l'hypothèse d'un recours d'autant plus fréquent à un spécialiste de la santé, plutôt d'un niveau élevé, que le début du traitement est tardif. En cas d'automédication, les médicaments modernes devraient être surreprésentés par rapport aux remèdes traditionnels, dans la mesure où ils passent pour avoir une rapidité d'action supérieure;
- plus la période de latence thérapeutique est longue et moins l'action thérapeutique subséquente sera énergique. On suppose ici que la cause de l'allongement thérapeutique réside dans une faible sensibilité des ménages aux besoins de santé, dans leur difficulté, notamment financière, à leur répondre rapidement, ou encore dans la faible gravité perçue du cas. Lorsque l'on se résout à intervenir ou que l'on en a enfin la capacité (minimale), les patients devraient alors privilégier l'automédication et les recours extérieurs les moins chers.

La période de latence thérapeutique (temps s'écoulant entre le constat des premiers symptômes et le début du traitement) est significativement plus longue avant un recours extérieur qu'avant l'automédication ($p = 0,0001$, cf. Tableau 132). En effet, 81,5 % des malades entreprenant une action thérapeutique le jour même du constat des symptômes choisissent l'automédication, qui ne constitue pourtant que 71 % de tous les premiers traitements. Mais dès que la latence thérapeutique dépasse un jour, la fréquence relative de l'automédication chute (68,2 % pour une latence de deux jours, 51,6 % pour cinq jours, pour remonter à 63,6 % au-delà d'une semaine). Quelle que soit la durée de latence thérapeutique, l'automédication reste ainsi

toujours plus fréquemment choisie qu'un recours extérieur. Mais dès le deuxième jour de latence, les recours extérieurs sont surreprésentés par rapport à leur fréquence moyenne (29 %).

Il existe donc une tendance à recourir plus rapidement à l'automédication qu'à un spécialiste de la santé. Il faut sans doute y voir une conséquence de la plus grande accessibilité géographique et financière de l'automédication. Le premier jour de maladie sert de période d'observation. Le plus souvent, on ne fait rien; assez fréquemment on prend quelques remèdes en automédication, rarement on se rend chez un spécialiste (cf. partie III, chap. 3h). La plupart des traitements commencent le deuxième jour, lorsque la maladie est bien avérée et que l'on a pu prendre ses dispositions pour la soigner. La proportion des recours extérieurs augmente alors fortement, puis elle se stabilise et tendrait même à régresser. C'est donc notre première hypothèse qui est vérifiée, au moins pour les durées de latence thérapeutique inférieures ou égales à cinq jours.

Le type de remèdes pris en automédication n'est pas statistiquement associé à la durée de latence thérapeutique, ni globalement ($p = 0,447$, cf. Tableau 133), ni pour chacun des types opposé à l'ensemble des autres types. Nous nous attendions à ce que les malades ayant commencé l'automédication le premier jour des symptômes utilisent significativement moins souvent les remèdes traditionnels que lors d'une automédication plus tardive. Ce type de remèdes est en effet a priori moins accessible que les médicaments modernes, puisqu'il faut habituellement les récolter en brousse.

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre la durée de la latence thérapeutique et le type de premiers recours extérieurs choisi (sans automédication préalable), ni globalement ($p = 0,753$, cf. Tableau 134), ni pour chacun des types opposé à l'ensemble des autres. Tout au plus observe-t-on une tendance à ne plus fréquenter les secouristes lorsque la latence dépasse trois jours.

Par contre, le type de services de santé formels visités directement est statistiquement associé à la durée de latence thérapeutique ($p = 0,004$, cf. Tableau 135). Cependant, cette liaison ne subsiste que pour les "autres hôpitaux" ($p = 0,005$), lorsque l'on oppose chaque catégorie à l'ensemble des autres. Les malades fréquentent très peu les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture de Ouessè dans les trois premiers jours de maladie. Mais lorsque la période de latence thérapeutique dépasse trois jours, ces établissements sont proportionnellement beaucoup plus fréquemment utilisés. A l'inverse de ce que nous avons observé plus haut pour les UVS, il semble bien que, passé un certain délai, une partie des patients ressentent le besoin de s'adresser à un service de rang élevé, même si cela implique un long déplacement. Contrairement à notre première hypothèse, cette tendance est toutefois loin d'être claire. En effet, le CSSP de Ouessè est proportionnellement plus utilisé pour une latence thérapeutique d'un jour déjà, et l'hôpital Saint-Martin pour une latence de deux jours, alors que ce sont les deux services de plus haut niveau de la sous-préfecture. Lorsque la latence dépasse respectivement trois et deux jours, ils sont même toujours relativement sous-utilisés.

En définitive, s'il y a bien, conformément à notre première hypothèse, une tendance à s'adresser relativement plus souvent à un spécialiste de la santé avec l'augmentation de la durée de la maladie, elle n'implique cependant pas que l'on recherche alors l'action la plus rapidement efficace, que ce soit par la surutilisation relative de médicaments modernes ou par le choix d'un service de niveau hiérarchique moyen à supérieur. Il ne faut pas oublier ici que cette analyse porte sur les premières actions thérapeutiques. Or nous avons vu que la proximité est souvent déterminante dans le choix d'un service de santé et que ce n'est qu'avec un éventuel deuxième recours extérieur que l'on recherche un service d'un niveau plus élevé, ou alors d'un type différent. Plus que la durée écoulée depuis le début de la maladie en tant que telle, c'est alors ce qui a déjà été entrepris pendant cette période qui influence la suite de l'itinéraire thérapeutique.

d) Analyse multivariée des caractéristiques des malades à risque d'effectuer de l'automédication plutôt qu'un recours extérieur comme première action thérapeutique

L'analyse bivariée des déterminants des comportements thérapeutiques en début d'itinéraire thérapeutique n'est pas suffisante pour définir une population à risque de non recours extérieur ou de faible recours. Beaucoup de variables n'étant pas indépendantes les unes des autres, il n'est par exemple pas possible, avec une analyse bivariée, d'affirmer que c'est la profession en soi du chef de ménage qui "explique" le choix d'un recours. Le vrai facteur explicatif pourrait être, par exemple, le niveau de scolarisation ou encore le niveau économique, souvent liés à la profession. Les analyses multivariées surmontent cette limite, en prenant en compte simultanément l'ensemble des variables entrant dans les modèles explicatifs. Comme les choix thérapeutiques peuvent facilement se réduire à une succession de choix dichotomiques (ne rien faire ou se soigner, se soigner par automédication ou en recourant à un spécialiste de la santé...) les régressions logistiques sont particulièrement bien adaptées à leur étude multivariée.

Les régressions logistiques comparent des "cas", ici les malades qui ont directement pratiqué un recours extérieur, à des "témoins", ici ceux qui ont commencé à se soigner par automédication. Les variables explicatives sont d'abord le plus souvent transformées en catégories (l'âge en tranches d'âge, le sexe en hommes et femmes, la profession en agriculteurs, artisans, commerçants et fonctionnaires...). Pour chaque indicateur, la première catégorie sert de référence. Les régressions logistiques fournissent l'*odds ratio* (OR)¹, c'est-à-dire la probabilité pour les "cas" d'être dans la catégorie en question plutôt que dans la catégorie de référence. Si l'on compare par exemple l'inaction à l'action thérapeutique et que l'*odds ratio* pour la catégorie ethnique X est de 3, cela signifie que les malades de l'ethnie X ont une probabilité trois fois supérieure de faire quelque chose face à la maladie que ceux de la catégorie ethnique de référence.

Il existe plusieurs stratégies pour construire des modèles explicatifs basés sur les régressions logistiques. Le but général est de trouver un nombre limité de variables qui expliquent le maximum de variance du phénomène étudié. En fonction de la connaissance préalable de ce dernier, il est possible de se donner a priori un ou plusieurs modèles explicatifs, c'est-à-dire un ou plusieurs ensembles de variables qui paraissent pertinentes pour expliquer le phénomène étudié. Ces modèles sont ensuite testés et comparés au moyen des régressions logistiques. Une autre approche, moins réfléchie, consiste à ratisser très large, en incluant dans le modèle un maximum de variables explicatives potentielles (y compris souvent des variables dont le lien avec le phénomène étudié paraît ténu), laissant ainsi au programme de régression logistique le soins de "faire le tri". Ce dernier s'effectue généralement en plusieurs étapes, soit automatiquement (régression logistique pas à pas, avec des seuils de significativité prédéfinis par l'utilisateur), soit manuellement. L'utilisateur examine alors les résultats de la première régression et décide d'enlever du modèle une ou plusieurs variables peu pertinentes avant de relancer une nouvelle régression.

Une procédure à mi-chemin entre ces deux extrêmes a été retenue. Nous avons distingué tout au long de cette quatrième partie trois types de déterminants: les facteurs prédisposants, les facteurs de réalisation et les facteurs de besoin. Chaque groupe de facteurs peut en lui-même être considéré comme un modèle, partiel mais spécifique, des comportements thérapeutiques. Sur chacun de ces groupes de facteurs nous avons effectué des régressions logistiques afin d'en faire ressortir les principaux déterminants du recours aux soins dans la sous-préfecture de Ouessé. Toutes les variables d'un groupe donné de facteurs ont été incluses dans la régression logistique

¹ Ainsi que son intervalle de confiance à 95 %.

initiale. Une autre option aurait été de ne retenir d'emblée que les variables significativement associées à un comportement particulier, selon les tests du χ^2 effectués lors de l'analyse bivariée. L'ensemble des variables figurant dans les modèles finaux de prédisposition, de réalisation et de besoins sont ensuite testées conjointement au moyen de plusieurs régressions logistiques successives permettant d'éliminer manuellement les variables avec un faible pouvoir explicatif. On débouche alors sur un modèle synthétique final, dans lequel l'influence de chaque variable est "contrôlée" par celle des autres variables.

Le processus de modélisation est fort long et il passe par de nombreuses étapes intermédiaires. Nous nous contenterons de fournir un résumé des modèles finaux de prédisposition, de réalisation et de besoins, ainsi que l'entier du modèle synthétique final. Les régressions logistiques ont été effectuées au moyen du programme de statistiques STATA.

A partir d'un échantillon localisé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, nous cherchons par cette analyse multivariée à dégager le profil général d'une population à risque de se tourner vers l'automédication plutôt que vers un recours extérieur en cas de maladie. Nous considérons le fait de pratiquer l'automédication (exclusivement ou comme préalable à un recours extérieur) plutôt qu'un recours extérieur direct comme un facteur de risque face à la maladie, en ce sens que, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de guérir et la rapidité de la guérison devraient être supérieures en cas de traitement par un spécialiste plutôt que par un profane (cf. partie V, chap. 2a). Nous avons donc cherché à identifier les caractéristiques des cas de maladie et des groupes de personnes qui ont la probabilité relative la plus élevée de choisir l'automédication plutôt qu'un recours extérieur en cas de maladie. Nous tenterons ensuite de localiser cette population à risque au sein de la sous-préfecture. Si des variables relatives à l'accessibilité, comme la distance au service de santé le plus proche ou la desserte du village par les taxis, participent a priori de ce profil général, il n'en va pas de même de la localisation des malades inclus dans l'enquête (village de domicile, Est ou Ouest de la sous-préfecture). Ces deux variables ne seront donc pas incluses dans les modèles, car elles limiteraient la pertinence d'une extrapolation des résultats à l'ensemble des villages de la sous-préfecture.

Nous avons initialement envisagé une autre population plus directement à risque encore: les malades qui n'entreprennent absolument rien pour se soigner. Nous y avons renoncé à cause de la faiblesse des effectifs de cette catégorie de malades et de la difficulté de définir avec certitude qui appartient à cette population à risque. Sur 1'335 cas de maladie documentés, seuls 44 (3,3 %) n'avaient débouché sur aucune action thérapeutique lors du passage des enquêteurs. Mais une partie de ces 44 malades entreprendront sans doute une action thérapeutique, car ils ont été visités en début de maladie: la maladie s'est déclarée le jour même pour 4 d'entre eux, la veille pour trois autres et l'avant-veille pour six autres. Or nous savons qu'en moyenne les malades commencent un traitement seulement le lendemain du constat des premiers symptômes et qu'une minorité d'entre eux (2,8 %) attendent le cinquième jour ou plus (cf. partie III, chap. 3h). De plus 7 autres cas sur 44 impliquent des maladies chroniques (durée supérieure à trois mois) pour lesquelles les malades n'ont suivi aucun traitement durant le mois écoulé. Par le passé, ces personnes ont sans doute longuement testé divers recours peu ou pas efficaces, puis se sont résignés. Il serait donc largement abusif de considérer ces personnes comme une population à risque d'inaction thérapeutique face à la maladie. En définitive, ce n'est donc qu'une vingtaine de cas sur plus de 1'300 (1,5 %) qui n'ont entraîné et qui n'entraîneront aucun recours thérapeutique.

Déterminants du choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur: trois modèles partiels

Le modèle final de prédisposition conserve 10 facteurs (ou déterminants) sur les 21 inclus dans le modèle initial. Ce modèle prend en compte 1'265 cas de maladie et explique 10,5 % de la variance totale (Pseudo R²). Ces facteurs sont:

- l'âge du malade (selon 7 catégories);
- l'ethnie du ménage;
- la religion du ménage;
- l'âge de la première épouse du chef de ménage (selon 6 catégories);
- la profession du chef de ménage;
- la scolarisation de tous les garçons du ménage en âge d'aller à l'école;
- la scolarisation de toutes les filles du ménage en âge d'aller à l'école;
- la disponibilité à la maison d'une réserve de médicaments modernes;
- la consultation par le passé (au moins une fois) d'un infirmier itinérant par un membre du ménage;
- la consultation par le passé d'un devin.

Indiquons, sans fournir les *odds ratios*, les catégories se distinguant significativement, d'un point de vue statistique ($p \leq 0,05$), de la catégorie de référence par leur influence sur le choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur. Par rapport aux malades de moins de 10 ans (catégorie de référence), ceux de 30 à 39 ans, de 40 à 49 ans et de 50 à 59 ans ont plus de risques de choisir l'automédication. Par rapport aux *Mahi*, les *Nagot*, les *Peul* et les membres des "autres ethnies" ont plus de risques de choisir l'automédication. Comparés aux adeptes du *vodun*, les malades sans religion choisissent plus souvent l'automédication et les membres des sectes chrétiennes d'origine américaine plus souvent un recours extérieur. Les malades des ménages où la première épouse a 40 à 49 ans recourent plus souvent à l'automédication que ceux où elle a moins de 20 ans. Lorsque le chef de ménage est artisan plutôt qu'agriculteur les malades du ménage choisissent plus souvent un recours extérieur. Les ménages dont tous les garçons vont à l'école sont plus à risque d'utiliser l'automédication qu'un recours extérieur. On observe l'inverse pour les filles. La disponibilité à la maison d'une réserve de médicaments modernes prédispose à l'automédication. Il en va de même pour les ménages dont au moins un des membres a par le passé consulté un devin. Par contre, la consultation passée d'un "infirmier" itinérant augmente la probabilité d'un recours extérieur.

Le modèle final pour les facteurs de réalisation (ou habilitant) retient quatre déterminants sur les huit initialement inclus dans le modèle. Ce modèle basé sur 1'285 cas de maladie explique 4,2 % de la variance. Les trois déterminants sont:

- la desserte du village par les taxis;
- la disponibilité au sein du ménage d'une voiture;
- la disponibilité à la maison d'une réserve de remèdes traditionnels¹;
- le niveau économique global du ménage (par tertile).

¹ La disponibilité d'une réserve familiale de remèdes traditionnels et de médicaments modernes a été testée à la fois dans les modèles de prédisposition et ceux de réalisation, car ils relèvent à notre avis aussi bien des facteurs de prédisposition (attitude envers l'automédication en général et un type d'automédication en particulier) que des facteurs habilitant (accès direct aux remèdes en cas de besoin).

Habiter un village desservi par un taxi incite aux recours extérieurs, tout comme la possession d'une voiture. Le risque de recourir à l'automédication est plus élevé lorsque le ménage dispose d'une réserve familiale de remèdes traditionnels. Par rapport aux plus pauvres, les malades d'un niveau économique intermédiaire sont moins à risque d'utiliser l'automédication plutôt qu'un recours extérieur.

Le modèle final pour les facteurs de besoins conserve les deux déterminants du modèle initial¹. Il se base sur 1'289 cas de maladie et explique 6,2 % de la variance. Ces déterminants sont:

- le diagnostic;
- la gravité perçue de la maladie.

Par rapport au "paludisme femelle" (catégorie de référence), il existe un risque plus élevé qu'un malade choisisse l'automédication en cas de dysenterie, de "rhumatismes" et de hernies. Ce risque est moins élevé en cas de morsures de serpents. La probabilité d'un recours extérieur est significativement plus élevée lorsque le cas de maladie est considéré comme assez grave ou très grave, plutôt que pas ou peu grave.

Déterminants du choix entre l'automédication et un recours extérieur: modèle synthétique

Un dernier modèle synthétise les modèles de prédisposition, de réalisation et de besoins (cf. Tableau 136). Il retient 9 des 10 variables du modèle de prédisposition (la profession du chef de ménage a été éliminée), 2 des 4 variables du modèle de réalisation (le niveau économique du ménage et la possession d'une réserve de remèdes traditionnels ont été éliminés) et les 2 variables

Tableau 136 Modèle synthétique des déterminants du choix d'un recours extérieur plutôt que de l'automédication en cas de maladie (régression logistique; source: enquête domiciliaire, 1995).

Log Likelihood = - 609.7			Nombre d'observations = 1268				
			chi ² (44) = 286.14				
			Prob > chi ² = 0.000				
			Pseudo R ² = 0.1901				
Type de facteurs	Variables	Odds ratio	Déviaton standard	z	P> z	[IC 95 %]	
Age du malade	0-9 ans	(référence)					
	10-19 ans	0.68	0.21	-1.27	0.203	0.37	1.24
	20-29 ans	0.59	0.19	-1.62	0.105	0.31	1.12
	30-39 ans	0.44	0.15	-2.41	0.016	0.22	0.86
	40-49 ans	0.25	0.92	-3.78	0.000	0.12	0.52
	50-59 ans	0.34	0.14	-2.58	0.010	0.15	0.77
	≥ 60 ans	0.48	0.19	-1.84	0.066	0.22	1.05

¹ Nous n'avons pas inclus la durée de latence thérapeutique dans le modèle initial de besoins car il ne s'agit pas du tout d'une donnée connue a priori, qui pourrait prédire le comportement de recherche de soins.

Prédisposition	Ethnie	<i>Mahi</i>	(référence)					
		<i>Nagot</i>	1.06	0.27	0.06	0.953	0.60	1.71
		<i>Peul</i>	0.28	0.13	-2.75	0.006	0.11	0.69
		Atacora	1.55	0.50	1.36	0.175	0.82	2.90
		Autres	1.21	0.33	0.71	0.481	0.71	2.08
	Religion	Traditionnelle	(référence)					
		Cath. + prot.	0.80	0.18	-1.01	0.315	0.52	1.23
		Sectes chr. afr.	1.93	0.52	2.42	0.016	1.13	3.28
		Sectes chr. occ.	8.58	5.12	3.60	0.000	2.66	27.65
		Islam	1.38	0.41	1.09	0.277	0.77	2.48
		Sans	0.07	0.07	-2.56	0.010	0.08	0.53
	Age de la première épouse du chef de ménage	<20 ans	(référence)					
		20-29 ans	0.93	0.18	-0.39	0.700	0.64	1.35
		30-39 ans	0.54	0.14	-2.44	0.016	0.33	0.89
		40-49 ans	0.35	0.11	-3.35	0.001	0.19	0.65
		50-59 ans	0.41	0.17	-2.21	0.027	0.18	0.91
		≥ 60 ans	0.79	0.26	-0.72	0.471	0.42	1.50
	Garçons en âge d'aller à l'école	Pas tous scolarisés	(référence)					
		Tous scolarisés	0.57	0.13	-2.43	0.015	0.36	0.90
		Aucun	0.64	0.15	-1.85	0.064	0.40	1.03
	Filles en âge d'aller à l'école	Pas toutes scolar.	(référence)					
		Toutes scolarisées	1.70	0.41	2.20	0.028	1.06	2.72
		Aucune	0.92	0.19	-0.40	0.692	0.61	1.38
	Déjà utilisé inf. itinérant	non	(référence)					
		oui	2.06	0.41	3.62	0.000	1.39	3.05

Tableau (suite)

Type de facteurs	Variables		Odds ratio	Déviati on standard	z	P> z	[IC 95 %]	
Réalisation	Déjà utilisé un devin	non	(référence)					
		oui	0.54	0.10	-3.40	0.001	0.38	0.77
	Réserve médicaments modernes	non	(référence)					
		oui	0.61	0.10	-2.92	0.003	0.44	0.85
	Desserte par taxis	non	(référence)					
		oui	2.32	0.51	3.84	0.000	1.51	3.55
	Possession d'une voiture	non	(référence)					
		oui	2.80	1.03	2.80	0.005	1.36	5.77

Besoins	Diagnostic	“Palud. femelle”	(référence)					
		“Paludisme mâle”	0.92	0.30	-0.24	0.809	0.49	1.75
		Diarrhée	1.02	0.24	0.09	0.930	0.64	1.62
		Dysenterie	0.43	0.12	-2.93	0.003	0.24	0.75
		Toux + fièvre	0.90	0.18	-0.52	0.603	0.62	1.32
		“Attaque”	2.09	1.01	1.53	0.125	0.81	5.37
		Rougeole	0.21	0.24	-1.34	0.180	0.02	2.05
		Manyan	0.29	0.12	-2.91	0.004	0.13	0.68
		MST	3.08	3.97	0.87	0.382	0.25	38.48
		Rhumatisme	0.28	0.19	-1.87	0.061	0.08	1.06
		Traumatisme	2.18	1.52	1.12	0.265	0.55	8.57
		Hernie	0.48	0.24	-1.50	0.133	0.18	1.25
		Morsure serpent	11.33	7.88	3.49	0.000	2.90	44.26
	Gravité perçue du cas de maladie	Pas/peu grave	(référence)					
		Assez grave	3.12	0.53	6.68	0.000	2.24	4.36
		Très grave	3.45	0.73	5.87	0.000	2.28	5.21
		Ne sais pas	1.63	1.04	0.77	0.440	0.47	5.66

N. B. Les variables statistiquement significatives au seuil de 5 % ($P > |z|$) sont en gras.

du modèle de besoins, soit 13 variables au total. Ce modèle de base sur 1'268 cas de maladie et explique 19 % de la variance.

La probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication est moins élevée si le malade est âgé de 30 à 39 ans ($OR = 0,44$), de 40 à 49 ans ($OR = 0,25$) et de 50 à 59 ans ($OR = 0,34$) plutôt que de 0 à 9 ans. La tendance est la même pour les autres catégories d'âge, mais elle n'est pas significative. Après un maximum pour les moins de 10 ans, la tendance générale montre une diminution jusqu'à 50 ans de la probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication, suivie d'une légère augmentation à partir de 50 ans. Déjà éliminé comme variable explicative dans le modèle final de prédisposition, le sexe du malade ne joue par contre aucun rôle dans le choix entre automédication et recours extérieur, ce qui confirme nos conclusions sur les taux d'utilisation des services de santé en fonction du sexe.

Lorsque l'appartenance ethnique est contrôlée pour les 12 autres variables du modèle, les *Peul* choisissent presque 4 fois moins souvent un recours extérieur que les *Mahi* ($OR = 0,28$). Les *Nagot* ont le même comportement que les *Mahi*. Les adeptes des sectes chrétiennes d'origine africaine ($OR = 1,93$) et surtout celles d'origine occidentale ($OR = 8,58$) ont une probabilité d'utiliser un recours extérieur plus élevée que les adeptes du *vodun*. C'est très nettement le contraire pour les malades dont le chef de ménage se déclare sans religion ($OR = 0,07$).

La probabilité de choisir directement un recours extérieur est maximal lorsque la première épouse du chef de ménage concerné a moins de 20 ans ($OR = 1$). Cette probabilité diminue ensuite régulièrement jusqu'à 50 ans, puis augmente à nouveau. Ces différences sont significatives pour les épouses de 30 à 39 ans ($OR = 0,5$), de 40 à 49 ans ($OR = 0,35$) et de 50 à 59 ans ($OR = 0,41$). Remarquons que l'âge du chef de ménage ne figure pas dans le modèle final: non significatif, il a été éliminé à l'une des étapes précédentes.

Le fait qu'un ménage envoie ou non à l'école tous ses enfants en âge de scolarité est aussi associé à la nature de la première action thérapeutique. La probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de recourir à l'automédication est 1,7 fois plus élevée si toutes les filles du ménage en âge d'aller à l'école y vont. Étonnamment, la tendance est inversée pour les garçons (OR = 0,57).

L'utilisation passée par au moins un membre du ménage de certains types de recours extérieurs prédispose aussi aux recours extérieurs. Seuls des types de recours rarement utilisés sont prédisposants. Des recours comme le CSSP, l'hôpital Saint-Martin ou le guérisseur traditionnel ont en effet déjà été utilisés par la plupart des ménages au moins une fois. Ces variables sont donc peu discriminantes. Lorsque le ménage a déjà utilisé par le passé les services d'un "infirmier" itinérant, la probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication est 2,06 fois plus élevée. Par contre, elle est environ 2 fois moindre (OR = 0,54) lorsque le ménage a déjà recouru à un devin. Il serait tentant de voir dans cette double tendance en sens contraire le reflet d'une attitude différenciée – "moderniste" ou "traditionaliste" – envers la santé et les soins de santé. Une telle interprétation est sans doute trop caricaturale, dans la mesure où l'automédication est plus souvent de type "moderne" que "traditionnelle" aussi bien chez ceux qui ont déjà visité un devin qu'un "infirmier" privé.

Le fait de disposer à la maison d'une réserve de médicaments modernes prédispose à l'automédication plutôt qu'à un recours extérieur, tout en la permettant (OR = 0,61). On n'observe par contre pas de différence significative pour les médicaments traditionnels, qui ont donc été enlevés du modèle à une étape antérieure.

La probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication est 2,32 fois plus élevée lorsque le malade habite dans un village régulièrement desservi par les taxis et 2,8 fois plus élevée si son ménage possède une voiture. L'accès à une voiture, personnelle ou non, joue donc un rôle important dans le premier choix thérapeutique. Il est à noter que ni le niveau économique ni la distance au service de santé formel le plus proche ne constituent des déterminants statistiquement significatifs, bien que dans ce dernier cas la tendance est tout de même à la diminution de la probabilité d'un recours extérieur avec l'augmentation de la distance.

Sur douze diagnostics ou symptômes, trois impliquent un premier choix thérapeutique significativement différent du "paludisme femelle", catégorie utilisée comme référence en raison de sa prévalence élevée. La probabilité d'effectuer un recours extérieur plutôt que de l'automédication est environ 2,5 fois inférieure en cas de dysenterie (OR = 0,43) et 3,4 fois inférieure en cas de *manyen* (OR = 0,29) qu'en cas de "paludisme femelle". Par contre, la tendance est très fortement inverse pour les morsures de serpents (OR = 11,33). Bien que non significatifs au seuil de 5 % ($0,06 < p < 0,18$), relevons encore quelques autres tendances déjà observées en analyse bivariée, soit le recours préférentiel (toujours relativement au "paludisme femelle") à l'automédication en cas de rougeole (OR = 0,21), de rhumatisme (OR = 0,28) et de hernie (OR = 0,48), et le passage préférentiel par un recours extérieur en cas d'"attaque" (OR = 2,09).

Le choix entre l'automédication et un recours extérieur direct reste fortement influencé par la perception de la gravité de la maladie lorsque cette variable est contrôlée pour les autres déterminants. Lorsque le cas de maladie est considéré comme assez grave, la probabilité d'effectuer un recours extérieur est 3,12 fois plus élevée que lorsque le cas est tenu pour pas ou peu grave. Cette probabilité est légèrement plus élevée encore (OR = 3,45) lorsque le cas est tenu pour très grave.

En conclusion, le modèle final retient aussi bien des facteurs de prédisposition que des facteurs de réalisation et de besoins. Les malades à risque particulier de se tourner vers l'automédication plutôt que vers un thérapeute spécialisé en cas de maladie sont les personnes de 30 à 59 ans, les *Peul*, les personnes se déclarant sans religion, les malades appartenant à un ménage dont la première épouse du chef est âgée de 30 à 59 ans, ceux relevant de ménages dont les garçons scolarisables vont tous à l'école, ceux relevant de ménages dont les filles scolarisables ne vont pas toutes à l'école, ceux disposant au sein du ménage d'une réserve de médicaments modernes, ceux dont le ménage n'a jamais par le passé recouru aux services d'un "infirmier" itinérant, ceux dont le ménage a déjà recouru par le passé aux services d'un devin, ceux résidant dans un village non desservi régulièrement par les taxis, ceux dont le ménage ne possède pas de voiture, ceux souffrant de dysenterie ou du *manyen* et ceux dont le cas de maladie est perçu comme pas ou peu grave.

3. VALEUR PRÉDICTIVE DU PREMIER RECOURS SUR LE DEUXIÈME

Nous venons de voir en détail que de très nombreux facteurs déterminent le choix d'un recours thérapeutique en cas de maladie. Ces mêmes facteurs continuent à influencer le choix des éventuels recours subséquents. Toutefois, suivant Mwabu (1986) qui a démontré qu'au Kenya le choix d'un deuxième recours est fortement influencé par la nature du premier, notre but n'est pas ici de dégager les déterminants de ces deuxièmes recours, mais de montrer que la décision de poursuivre l'itinéraire thérapeutique, tout comme le choix du type du deuxième recours, dépendent beaucoup du type du premier recours et de l'appréciation par le malade et ses proches de son efficacité thérapeutique. Nous posons deux hypothèses:

- la poursuite de la quête thérapeutique est plus fréquente si la première étape de l'itinéraire thérapeutique est considérée comme un échec, plutôt que comme un semi-échec (ou demi-succès);
- afin de maximiser les chances de guérison, un éventuel deuxième recours se tournera vers un service de santé différent du premier, soit par sa nature, soit par le niveau hiérarchique.

Ainsi, l'appréciation de l'efficacité thérapeutique intervient à deux moments bien distincts dans les choix constitutifs de chaque étape d'un itinéraire thérapeutique. Tout d'abord, elle joue a priori en orientant le malade vers les recours considérés en général comme pertinents par lui et son entourage, en particulier pour le problème de santé présent. Elle constitue alors une des dimensions de l'image de chaque recours, déterminant des choix thérapeutiques que nous n'avons pas analysé en tant que tel. Ce n'est cependant pas forcément le recours considéré comme potentiellement le plus efficace qui est utilisé en premier, car interviennent des contraintes, comme le coût et la distance. L'appréciation de l'efficacité thérapeutique intervient ensuite a posteriori, par l'évaluation de l'effet concret du traitement. En cas d'échec de ce dernier, le malade peut être amené à s'adresser à un second recours jugé potentiellement efficace. En cas d'échecs répétés, même certains recours considérés a priori comme peu pertinents peuvent finalement être tentés, puisqu'en définitive seule compte l'efficacité thérapeutique avérée d'un recours. La perception de l'efficacité a priori est seulement un élément d'une stratégie globale pour atteindre la guérison au plus vite et/ou à moindre coût. Largement nourrie par le résultat des expériences concrètes, cette perception est dynamique. Elle peut être très fine et opérer des distinctions au sein même des services de santé: "Les quatre infirmiers [du CSSP] ne sont pas tous du même niveau. On préfère l'infirmier qui a déjà soigné avec succès" [une femme de Laminou].

a) **Probabilité d'effectuer un deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique perçue du premier recours**

Lors de l'enquête, nous avons systématiquement demandé aux malades si, au terme de chaque étape thérapeutique ou au moment de l'entretien en cas d'épisode de maladie non achevé, le traitement avait été totalement inefficace, s'il avait seulement apporté une amélioration ou encore la guérison totale. La guérison marquant logiquement la fin de l'itinéraire thérapeutique, il ne devrait pas y avoir de nouveau recours consécutif à cette réponse; ce dont nous nous sommes tout de même assuré en demandant aux malades ou à leur famille de confirmer qu'ils n'avaient plus rien fait pour terminer de se soigner. Nous étudierons ici la probabilité qu'a un malade d'effectuer un deuxième recours, en fonction de son appréciation de l'efficacité thérapeutique du premier recours. Comme il paraît vraisemblable que cette efficacité,

sa perception et leurs conséquences sur la suite de l'itinéraire thérapeutique varient elles aussi en fonction de nombreux facteurs, nous testerons successivement quatre d'entre eux, parmi les plus pertinents a priori: le type du premier recours, le type de maladies, le sexe du malade et son âge.

Globalement, les traitements reçus semblent très efficaces puisque près des trois quarts des malades (948, soit 73,6 %) se disent guéris après le premier recours, quel qu'il soit (cf. Tableau 137). Pour une partie des personnes encore malades, l'efficacité thérapeutique du traitement n'est d'ailleurs pas forcément en cause, puisqu'il s'agit de personnes malades depuis peu et dont le premier traitement n'est pas achevé. Seuls 5 % des traitements (65 cas) se sont révélés totalement inefficaces selon les malades. Plus du cinquième des traitements (276, soit 21,4 %) ont produit une amélioration. Cette dernière catégorie comprend un certain nombre de traitements inachevés qui ont commencé à porter leurs fruits et qui déboucheront pour une bonne part d'entre eux sur une guérison. Notre question sur le résultat du recours eût été plus pertinente si une quatrième réponse avait été prévue, soit l'impossibilité de se prononcer car le traitement est encore en cours.

Nous ne savons s'il s'agit là d'une forme d'effet placebo, mais il semble bien que les malades soient réticents à reconnaître l'inefficacité totale de l'action thérapeutique entreprise: lorsque l'on n'est pas guéri, on préfère parler – 4,2 fois plus souvent – d'une amélioration que d'une absence de résultat. Trois faits non mutuellement exclusifs peuvent expliquer l'importance de l'écart entre les deux appréciations:

- les malades et leurs familles admettent difficilement que les efforts entrepris, l'argent investi et les connaissances mises en oeuvre par eux ou par des spécialistes de la santé en vue de la guérison l'aient été en pure perte;
- l'état de santé des malades s'est effectivement souvent amélioré, sans que le traitement en soit toujours la cause, contrairement à ce que pensent les personnes interrogées. Il ne faut en effet pas oublier qu'en moyenne le traitement démarre plus de deux jours après les premiers symptômes et que le temps commence déjà souvent à faire son travail de guérison;
- lorsque le traitement a commencé depuis peu et qu'il n'a pas encore eu le temps de donner sa pleine mesure, les malades préfèrent parler d'amélioration plutôt que d'inefficacité, tablant sur une guérison ou pour le moins une amélioration prochaines. Parler trop tôt d'inefficacité reviendrait à remettre en question la pertinence du choix thérapeutique que l'on vient de faire.

Selon le type de premiers recours

L'efficacité thérapeutique perçue du premier recours diffère selon qu'il consiste en de l'automédication ou en un recours extérieur (cf. partie V, chap. 3a). En quoi le fait de considérer le premier recours comme inefficace plutôt que comme générateur d'une amélioration influence-t-il la suite de l'itinéraire thérapeutique? La différence est capitale. En forçant quelque peu le trait, on pourrait affirmer qu'un premier recours considéré comme inefficace débouche sur un deuxième recours, alors qu'un premier recours apportant une amélioration clôt l'itinéraire thérapeutique. En effet, seuls 11,1 % des premiers recours inefficaces n'ont pas été suivi d'un deuxième recours. Et encore, une partie importante des malades concernés affirment qu'ils effectueront un second recours. A l'inverse, moins d'un cinquième (19,3 %) des recours ayant apporté une amélioration de l'état de santé ont été suivi d'un deuxième recours. La conclusion reste la même si l'on distingue les malades ayant d'abord recouru à l'automédication de ceux s'étant directement adressés à un spécialiste de la santé.

Il apparaît donc clairement que les habitants de la sous-préfecture de Ouessè se contentent le plus souvent d'un recours thérapeutique les soulageant ou les mettant sur la voie d'une guérison que le temps se chargera de parachever. Cette attitude est à rapprocher de celle, souvent constatée et reprochée par les agents de santé, qui consiste à stopper la prise des médicaments dès qu'une sensible amélioration s'est produite, et cela même si le service de santé leur a vendu un nombre de comprimés correspondant à un traitement complet. Cette double attitude, qui découle une fois encore d'un désir d'optimiser le rapport coût/bénéfice – du moins à court terme –, conduit à un équilibre particulièrement instable entre santé et maladie, qui n'est pas sans incidence sur la santé publique. Cette masse de gens ni vraiment malades ni vraiment guéris empêche par exemple tout espoir de briser le cycle épidémiologique des maladies transmissibles. Elle favorise de plus les phénomènes de résistance aux médicaments, aux antibiotiques notamment.

Tableau 137 Deuxième recours en fonction du type et de l'efficacité thérapeutique du premier recours (source: enquête domiciliaire, 1995).

Premier recours	N	Résultat	N	%	Deuxième recours	N	%
Automédication	930	Inefficace	48	5.2	Rien fait	5	10.6
		Amélioration	215	23.1	Recours extérieur	42	89.4
					Rien fait	174	80.9
		Guérison	667	71.7	Recours extérieur	41	19.1
Recours extérieur*	360	Inefficace	17	4.7	Rien fait	2	12.5
		Amélioration	61	17.0	Automédication	1	6.3
					Recours extérieur	13	81.3
		Guérison	281	78.3	Rien fait	47	78.3
Total	1290	Inefficace	65	5.0	Automédication	1	1.7
		Amélioration	276	21.4	Recours extérieur	12	20.0
					Rien fait	7	11.1
		Guérison	948	73.6	Automédication	1	1.6
					Recours extérieur	55	87.3
					Rien fait	221	80.4
					Automédication	1	0.4
					Recours extérieur	53	19.3

* Y compris 3 cas avec automédication et recours extérieur simultanés.

Connaître l'appréciation que porte un malade ou son entourage sur le résultat d'un recours thérapeutique permet donc bien de savoir avec une grande précision s'il poursuivra ou non son itinéraire thérapeutique. Ainsi, dans la sous-préfecture de Ouessè, 73,6 % des malades cessent leurs recherches de soins après un premier recours déjà, parce qu'ils se considèrent comme guéris. Environ 17 % supplémentaires quittent également l'itinéraire thérapeutique à ce moment parce que l'amélioration apportée par le premier recours leur suffit, alors que seuls 0,5 % le quittent malgré un premier recours totalement inefficace. Finalement, seuls 8,5 % des malades se

lancent dans un deuxième recours, la moitié d'entre eux percevant leur premier recours comme inefficace, l'autre moitié comme porteur d'amélioration.

Une autre manière de résumer encore plus abruptement la valeur prédictive du jugement porté sur le résultat du premier recours peut se formuler ainsi: neuf dixièmes des malades totalement insatisfaits du résultat d'un premier recours (extérieur ou non) passent à un deuxième recours, presque toujours extérieur, contre seulement un cinquième des malades partiellement satisfaits. Même s'il faut considérer cette conclusion avec une certaine prudence, puisque l'appréciation du résultat du premier recours a souvent été demandée après la fin de l'épisode et qu'elle risque d'être plus négative si l'on a dû effectuer un deuxième recours, elle n'en demeure pas moins réjouissante. Elle suggère en effet que la quasi totalité des malades dont l'état de santé exige un traitement se donnent les moyens de consulter. Cette conclusion concorde bien avec le fait que seuls 3 % des malades de l'échantillon n'ont absolument rien fait pour se soigner durant le mois précédant l'enquête, dont certains parce que la maladie était trop récente et d'autres parce que la maladie était chronique et qu'ils avaient vainement tenté de la traiter antérieurement.

L'efficacité thérapeutique perçue des deuxième recours et son impact sur la suite de l'itinéraire thérapeutique sont similaires à ceux relevés pour le premier recours: inefficace 5 %, amélioration 35 % et guérison 60 %. L'augmentation des améliorations au détriment des guérisons s'explique probablement par l'accroissement du nombre d'épisodes encore inachevés lors de l'enquête, du fait de l'allongement des itinéraires et donc généralement de la maladie. En cas d'inefficacité du deuxième recours, la totalité des malades passent à un troisième recours (mais seulement 5 cas!), alors que moins d'un cinquième en fait autant en cas d'amélioration.

Selon le type de maladies

Afin d'analyser si la perception de l'efficacité thérapeutique varie en fonction du type de maladies et si, dans un deuxième temps, cette appréciation influence la poursuite de l'itinéraire thérapeutique, nous n'avons retenu que 8 catégories de maladies sur 13, les 5 autres étant trop peu fréquentes. Même pour les maladies étudiées, les deuxième recours sont assez rares. Il s'ensuit que les différences relevées ne sont souvent pas statistiquement significatives selon le test du χ^2 , bien qu'elles paraissent importantes en pour cent.

La proportion de guérisons consécutives aux premiers recours varie considérablement d'une catégorie de maladie à l'autre (cf. Tableau 138). Les extremums sont de 14,8 % pour le rhumatisme – ou plus précisément ce qui est appelé ainsi dans la sous-préfecture de Ouessè – et de 82,7 % pour la diarrhée, alors que la moyenne pour les 1'290 premiers recours est, rappelons-le, de 73,6 % (et de 74,9 % pour les 8 catégories de maladies ayant les plus forts effectifs, les seules étudiées ici).

Le rhumatisme est une maladie chronique difficilement curable ou même totalement incurable s'il s'agit en fait de drépanocytose. A l'inverse, les diarrhées sont souvent bénignes (sauf notamment lorsqu'elles frappent sévèrement de jeunes enfants que l'on ne réhydrate pas). Beaucoup tendent à cesser rapidement d'elles-mêmes ou réagissent bien aux médicaments disponibles.

Les premières actions thérapeutiques sont aussi rarement couronnées de succès en cas de hernie (26,2 % de guérison perçue). Beaucoup de hernies ne peuvent en effet être définitivement guéries que par une intervention chirurgicale, alors que presque tous les traitements relevaient de l'automédication, le plus souvent traditionnelle. Les premiers traitements contre le *manyen* (candidose digestive) sont eux aussi considérés comme peu efficaces, puisque moins de la moitié d'entre eux débouchent sur la guérison (46,4 %). Cette proportion est d'environ deux tiers

(67,1 %) pour le “paludisme mâle” (ictère), de trois quarts pour la toux accompagnée de fièvre (74,6 %) et de quatre cinquième pour le “paludisme femelle” (78,6 %), la dysenterie (82,2 %) et la diarrhée (82,7 %). Plus que la gravité réelle ou perçue de la maladie, c’est donc l’opposition entre les affections aiguës et les affections chroniques (ici le rhumatisme et, dans une certaine mesure la hernie et la candidose digestive) qui détermine la probabilité de guérison dès la première étape de l’itinéraire thérapeutique.

Tableau 138 Deuxième recours en fonction de l’efficacité thérapeutique du premier et de la maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

Maladie	N	Résultat 1 ^{er} recours	N	%	Deuxième recours	N	%
“Paludisme mâle”	73	Inefficace	9	12.3	Rien fait	6	66.7
					Recours ext.	3	33.3
					Total	9	100.0
		Amélioration	15	20.5	Rien fait	10	66.7
					Recours ext.	5	33.3
					Total	15	100.0
		Guérison	49	67.1			
“Paludisme femelle”	384	Inefficace	21	5.5	Rien fait	0	0.0
					Recours ext.	20	100.0
					Total	20	100.0
		Amélioration	61	15.9	Rien fait	46	76.7
					Recours ext.	14	23.3
					Total	60	100.0
		Guérison	302	78.6			
Diarrhée	173	Inefficace	9	5.2	Rien fait	0	0.0
					Recours ext.	9	100.0
					Total	9	100.0
		Amélioration	21	12.1	Rien fait	17	81.0
					Recours ext.	4	19.0
					Total	21	100.0
		Guérison	143	82.7			
Dysenterie	157	Inefficace	4	2.5	Rien fait	0	0.0
					Recours ext.	4	100.0
					Total	4	100.0
		Amélioration	24	15.3	Rien fait	17	73.9
					Recours ext.	6	26.1
					Total	23	100.0
		Guérison	129	82.2			
Toux + fièvre	315	Inefficace	11	3.5	Rien fait	3	27.3
					Recours ext.	8	72.7
					Total	11	100.0
		Amélioration	69	21.9	Rien fait	57	82.6
					Recours ext.	12	17.4
					Total	69	100.0

	Guérison	235	74.6	

Tableau (suite)

Maladie	N	Résultat 1^{er} recours	N	%	Deuxième recours	N	%
Manyan	56	Inefficace	7	12.5	Rien fait	1	16.7
					Recours ext.	5	83.3
					Total	6	100.0
		Amélioration	23	41.1	Rien fait	17	85.0
					Recours ext.	3	15.0
					Total	20	100.0
		Guérison	26	46.4			
Rhumatisme	27	Inefficace	0	0.0	Rien fait	0	0.0
					Recours ext.	0	0.0
					Total	0	0.0
		Amélioration	23	85.2	Rien fait	20	87.0
					Recours ext.	3	13.0
					Total	23	100.0
		Guérison	4	14.8			
Hernie	42	Inefficace	1	2.4	Rien fait	1	100.0
					Recours ext.	0	0.0
					Total	1	100.0
		Amélioration	30	71.4	Rien fait	27	90.0
					Recours ext.	3	10.0
					Total	30	100.0
		Guérison	11	26.2			

Les variations de l'inefficacité perçue des premiers traitements – automédication ou recours extérieurs – sont elles aussi importantes. Pour une moyenne d'environ 5 %, de 0 % à 12,5 % des premiers traitements sont en effet considérés comme totalement inefficaces. Le traitement contre le rhumatisme est paradoxalement à la fois le moins totalement inefficace (0 %) et le moins totalement efficace (14,8 %). Un tel traitement, consistant presque toujours en de l'automédication, conduit donc généralement à une simple amélioration de l'état de santé. L'inefficacité totale du premier traitement est également au-dessous de la moyenne pour la hernie (2,4 %), autre affection difficilement curable, la dysenterie (2,5 %) et la toux accompagnée de fièvre (3,5 %). Elle est proche de la moyenne pour la diarrhée (5,2 %) et le "paludisme femelle" (5,5 %). Elle est par contre beaucoup plus fréquente pour le "paludisme mâle" et le *manyen* (plus de 12 % chacun), deux maladies considérées comme graves.

Environ un cinquième des premiers traitements débouchent sur une amélioration de l'état de santé (21,4 % de tous les cas de maladie et 19,9 % pour les 8 principales maladies). Ici encore, les variations autour de cette moyenne sont considérables selon le diagnostic. Seuls

12,1 % des traitements contre la diarrhée, 15,3 % de ceux contre la dysenterie et 15,9 % de ceux contre le “paludisme femelle” n’ont apporté qu’une amélioration, au terme de la première étape de l’itinéraire thérapeutique ou au moment du passage des enquêteurs. Ce pourcentage se situe par contre bien au-delà de la moyenne pour les maladies chroniques: 41,1 % pour le *manyen*, 71,4 % pour la hernie et 85,2 % pour le rhumatisme.

En conclusion, nous pouvons affirmer que le résultat du premier recours thérapeutique, ou plus exactement sa perception, varie considérablement d’une catégorie de maladie à l’autre. Ce sont les maladies à tendance chronique (rhumatisme, hernie et *manyen*) et dans une moindre mesure le “paludisme mâle” qui s’écartent le plus de la situation moyenne. A l’inverse, seuls les cas de toux accompagnée de fièvre s’en rapprochent fortement. La probabilité d’être guéri au terme¹ de la première action thérapeutique et de sortir ainsi de l’itinéraire thérapeutique dépend donc fortement du type d’affections. Ces dernières peuvent être regroupées en deux catégories bien distinctes: les affections aiguës et les affections chroniques. En moyenne, près des quatre cinquièmes (77,9 %) des itinéraires thérapeutiques s’achèvent après un seul recours pour les premières, contre seulement un tiers (32,8 %) en moyenne pour les secondes. Si guérison rime avec fin de l’itinéraire, l’absence de guérison ne signifie pas pour autant que le malade va poursuivre sa quête thérapeutique. Comme nous l’avons vu plus haut, la plupart des malades se contentent en effet d’une amélioration, mais tentent un deuxième recours en cas d’échec total du premier. Il s’agit maintenant de vérifier si ce constat reste valable pour toutes les catégories de maladie.

Pour la plupart des maladies, nous constatons une grande différence de comportement après que le premier recours ait été un échec total ou partiel en termes d’efficacité thérapeutique. Très rares sont les malades qui n’ont plus rien fait après un premier recours inefficace en cas de “paludisme femelle” ($p = 0,01$), de toux accompagnée de fièvre, de diarrhée, de dysenterie et de *manyen* (de 0 % à 27,3 %). Par contre, les deux tiers des malades atteints de “paludisme mâle” n’ont pas poursuivi l’itinéraire thérapeutique après l’échec du premier recours ($p = 0,0001$). Il s’agit pourtant de l’une des 13 catégories de maladie étudiées les plus graves, puisque 51,3 % des personnes qui en souffrent considèrent leur cas de maladie comme très grave, 32,9 % comme assez grave et seulement 15,8 % comme peu ou pas grave.

A l’inverse, une majorité de malades (de 66,7 % à 90 %) n’ont plus rien fait après un premier recours qui a apporté une amélioration, et cela quelle que soit la maladie. Entre chacune des maladies et les sept autres affections, il n’existe aucune différence statistiquement significative dans la poursuite ou non de l’itinéraire thérapeutique après amélioration, hormis pour le rhumatisme ($p = 0,016$). Ce sont les trois maladies chroniques qui enregistrent la proportion la plus élevée d’abandon de la quête de soin après l’échec relatif du premier recours. Ce sont également ces maladies qui, nous l’avons vu, connaissent la plus faible proportion de guérison et de loin. Le peu d’efficacité général du premier traitement conduit beaucoup de malades à penser que ces maladies sont incurables, ce qui décourage toute nouvelle tentative.

Pour le “paludisme femelle”, la toux accompagnée de fièvre et la diarrhée, on observe une association fortement significative ($p < 0,0001$) entre le résultat du premier recours et la poursuite de l’itinéraire thérapeutique. Cette association reste forte ($p < 0,005$) pour la dysenterie et le *manyen*.. Par contre, la probabilité d’effectuer un deuxième recours est identique en cas de “paludisme mâle”, quel que soit le résultat du premier recours.

¹ Si la plupart des premiers traitements étaient effectivement achevés lors du passage des enquêteurs, certains ne l’étaient pas, ce qui gonfle artificiellement le nombre de réponses “inefficace” et surtout “amélioration”. Si ce biais systématique limite la portée de notre analyse en termes de résultat final du premier recours, il n’enlève rien au constat d’une grande variabilité du résultat d’une maladie à l’autre.

Ainsi, à efficacité égale du premier recours, la décision d'effectuer ou non un deuxième recours – quasi toujours extérieur et le plus souvent de type moderne dans les faits – n'est pas influencée par le type de maladies, à quelques exceptions près ("paludisme mâle" et hernie). C'est donc l'efficacité perçue du premier recours, fort variable d'une catégorie de maladie à l'autre, qui détermine largement la poursuite de l'itinéraire thérapeutique. A supposer que notre échantillon soit parfaitement représentatif de la population de la sous-préfecture de Ouessè, le Tableau 138 fournit pour chaque maladie la probabilité de voir la quête de soins se poursuivre, en fonction du résultat du premier recours. Par exemple, 5,5 % des premiers traitements du "paludisme femelle" sont totalement inefficaces et la probabilité que les malades effectuent alors un second recours est de 100 %. Comme les effectifs correspondant aux différents cas de figure sont souvent faibles, il convient de considérer ces probabilités seulement comme des ordres de grandeur utiles pour la prévision du comportement des malades. En termes de santé publique, une question reste ouverte. Vaut-il mieux que le malade reçoive un traitement totalement inefficace, ce qui l'amènera presque neuf fois sur dix à poursuivre son itinéraire thérapeutique chez un (autre) spécialiste de la santé, où il trouvera souvent la guérison, ou vaut-il mieux qu'il obtienne une amélioration de son état, qui le détournera quatre fois sur cinq d'un nouveau recours, au risque de rester plus longtemps dans un état de semi-maladie?

Selon le sexe du malade

Il n'y a pas de différence selon le sexe dans l'efficacité thérapeutique du premier recours utilisé. Nous avons déjà relevé que globalement le résultat de ce dernier influence fortement la décision d'effectuer ou non un deuxième recours. Cela reste vrai aussi bien pour les hommes que pour les femmes pris séparément ($p = 0,0001$ dans les deux cas, cf. Tableau 139). En cas d'inefficacité du premier recours, la probabilité d'effectuer un deuxième recours est identique chez les hommes et les femmes. Il en va de même lorsque le premier recours apporte une amélioration.

Tableau 139 Deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique du premier recours et du sexe (source: enquête domiciliaire, 1995).

Sexe	N	Résultat 1 ^{er} recours	N	%	Deuxième recours	N	%
Hommes	749	Inefficace	39	5.2	Rien fait	5	13.2
					Recours ext.	33	86.8
					Total	38	100.0
		Amélioration	157	21.0	Rien fait	125	79.6
					Recours ext.	32	20.4
					Total	157	100.0
Femmes	539	Inefficace	26	4.8	Rien fait	3	12.0
					Recours ext.	22	88.0
					Total	25	100.0
		Amélioration	119	22.1	Rien fait	97	82.2
					Recours ext.	21	17.8
					Total	118	100.0
Guérison		Guérison	553	73.8			
Guérison		Guérison	394	73.1			

Contrairement à une opinion communément admise pour les pays en voie de développement et de leurs zones rurales en particulier, on n'assiste donc pas, dans la sous-préfecture de Ouessè, à une sous-utilisation relative des services de santé par les femmes. Et l'on ne peut pas évoquer ici le fait que les femmes aient, d'une manière générale, des besoins de soins de santé supérieurs à ceux des hommes pour affirmer que cette égalité apparente cache en fait une inégalité relativement aux besoins, puisque les femmes non guéries après le premier recours passent aussi souvent que les hommes à un deuxième recours. Si inégalité il y a entre les sexes, elle ne se situe en tous cas pas dans le fait de poursuivre ou non un itinéraire thérapeutique au-delà du premier recours.

Selon l'âge du malade

L'efficacité thérapeutique du premier recours diffère très significativement selon que l'on est enfant (moins de 15 ans) ou adulte (test du χ^2 , $p = 0,0008$). Le taux de guérison est plus élevé chez les premiers (77,6 %) que chez les seconds (69,5 %). Toutefois, ce taux pour les enfants de moins d'un an est égal à celui des adultes et augmente avec l'âge des enfants jusqu'à 80,6 % pour les enfants de 5 à 14 ans. A l'inverse, les améliorations sont plus fréquentes chez les adultes (25,8 %) que chez les enfants (17,2 %). On n'observe par contre pas de différence selon l'âge dans la proportion des traitements considérés comme inefficaces. Pour les enfants comme pour les adultes, la suite donnée à un premier recours diffère très significativement selon son résultat ($p = 0,0001$). Quel que soit le résultat du premier recours, il n'y a pas de différence entre enfants et adultes dans la probabilité de poursuivre l'itinéraire thérapeutique. Si après un premier recours inefficace les enfants sont moins nombreux que les adultes à ne plus rien tenter (6,3 % contre 20 %), cette différence n'est pas statistiquement significative.

Tableau 140 Deuxième recours en fonction de l'efficacité thérapeutique du premier et de l'âge du malade (source: enquête domiciliaire, 1995).

Age	N	Résultat 1 ^{er} recours	N	%	Deuxième recours	N	%
Enfants	653	Inefficace	34	5.2	Rien fait	2	6.3
					Recours ext.	30	93.8
					Total	32	100.0
		Amélioration	112	17.2	Rien fait	92	82.1
					Recours ext.	20	17.9
					Total	112	100.0
Adultes	633	Guérison	507	77.6			
		Inefficace	30	4.7	Rien fait	6	20.0
					Recours ext.	24	80.0
					Total	30	100.0
		Amélioration	163	25.8	Rien fait	129	79.6
					Recours ext.	33	20.4
					Total	162	100.0
		Guérison	440	69.5			

Les enfants de moins d'un an, qui enregistrent selon notre enquête (cf. partie V, chap. 1c) proportionnellement le plus d'épisodes de maladie ainsi que, selon l'étude des registres de santé (cf. partie III, chap. 2c), le plus fort taux d'utilisation des services de santé modernes, constituent

aussi avec les adultes la catégorie de population pour laquelle les premiers traitements – par automédication ou par un spécialiste – sont les moins efficaces. Ce peu d'efficacité relative explique pourquoi 11 % des premiers recours débouchent sur un deuxième recours, toujours extérieur, pour les enfants de moins d'un an, alors que cette proportion est de seulement 7 % pour les enfants de 1 à 4 ans et ceux de 5 à 14 ans et de 9 % pour les adultes (différence non significative). Les cas de rhumatisme et de hernie, rencontrés quasi exclusivement chez les adultes et difficilement curables, contribuent largement au faible taux de succès des premiers traitements chez les adultes.

A l'inverse, les enfants de 5 à 14 ans constituent la catégorie d'âge la moins souvent malade (cf. partie V, chap. 1c), celle qui utilise proportionnellement le moins souvent les services de santé modernes et celle qui bénéficie du plus fort taux de succès pour le premier recours, automédication et recours extérieurs confondus. De toutes les catégories d'âge, c'est en outre celle qui poursuit le plus volontiers l'itinéraire thérapeutique en cas d'échec partiel ou total du premier recours (37,5 % de deuxième recours contre 29,7 % pour les adultes, par exemple; différence cependant pas statistiquement significative). A tous points de vue, cette tranche d'âge est donc la plus favorisée pour ce qui est de l'état de santé.

En conclusion, il faut retenir que les enfants ne sont pas pénalisés par rapport aux adultes ni par l'efficacité thérapeutique perçue des premiers recours ni dans l'accès à un deuxième recours en cas d'échec partiel ou total du premier. Dans les deux cas, ils seraient même légèrement avantagés. Si la plupart des malades poursuivent leur itinéraire thérapeutique lorsque le premier recours n'a pas apporté la guérison, cette tendance est plus prononcée pour les enfants. Mais toutes les différences comportementales constatées entre les différentes catégories d'âge, que ce soit en comparant les enfants aux adultes ou chacune des quatre catégories d'âge aux trois autres ensemble, sont faibles et non statistiquement significatives.

Nous avons mis en évidence le fait que la perception par le malade et son entourage de l'efficacité thérapeutique du premier recours, automédication et recours extérieurs confondus, détermine largement la poursuite ou l'interruption de l'itinéraire thérapeutique. Cette perception et les comportements qu'elle engendre varient peu en fonction du sexe et de l'âge du malade. Elle est par contre sensible au type de maladies. Le calcul, pour chacune de ces catégories, de la proportion de malades qui ont poursuivi leur quête thérapeutique au-delà du premier recours fournit, en généralisant le résultat à l'ensemble des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, une bonne approximation de la probabilité qu'un malade donné passe à un second recours. Nous pouvons donc bel et bien parler de valeur prédictive du premier recours sur le second. Nous devons aller plus loin sur cette voie. Afin de mieux cerner le phénomène de l'autoréférence et donc les flux de patients, nous allons encore étudier si le type et le niveau hiérarchique du premier recours utilisé influencent ceux du deuxième recours. Le cas échéant, la quantification de ces successions préférentielles de recours devrait permettre la mise en évidence des itinéraires thérapeutiques types les plus usités.

b) Nature du deuxième recours en fonction du type du premier recours

Afin d'établir la probabilité pour un malade engagé dans un itinéraire thérapeutique d'effectuer un deuxième recours, et cela par type de recours, nous avons construit deux tableaux croisés. Le premier fournit, pour chaque type de premiers recours, la proportion de malades qui ont ensuite utilisé un deuxième recours, et cela aussi bien globalement et que par type de deuxième recours (cf. Tableau 141). Le second tableau croisé reprend les données en valeurs absolues du premier tableau (cf. Tableau 142). Mais les proportions sont cette fois calculées par rapport au total, par catégorie, des deuxième recours. Alors que le premier tableau met l'accent

sur la probabilité qu'un malade prolonge son premier recours par un deuxième, en fonction du type à la fois de l'un et de l'autre recours, le second tableau insiste davantage sur le type de prestataires de soins utilisés après un premier recours d'un type donné, et cela indépendamment du nombre de personnes impliquées, au demeurant souvent très faible.

Nous avons déjà vu que seuls 8,5 % des malades effectuent au moins deux recours thérapeutiques. Cette proportion varie toutefois beaucoup selon le type de recours effectués en premier. Elle est en effet de 14,3 % lorsque le premier recours est une consultation à l'UVS (cf. Tableau 141). Elle diminue à 8,9 % lors d'un début de traitement par automédication. Elle diminue encore à 7,2 % en cas de premier traitement dans un service de santé moderne, tous types confondus, mais desservis au moins par un infirmier. Au sein même de cette catégorie, les différences restent importantes d'un type de services de santé à l'autre: 10,2 % des malades effectuent un deuxième recours lorsque le premier s'est déroulé dans un CCS, 8,4 % en cas de visite préalable au CSSP de Ouessè, 6,7 % dans un autre hôpital public, 3,4 % à un infirmier (ou assimilé) privé et seulement 1,7 % de l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané. Devins et églises thérapeutiques n'ont jamais été consultés comme premiers recours. Seul un malade a visité un tradipraticien en début d'itinéraire thérapeutique, sans passer ensuite à un deuxième recours.

Tableau 141 Type du deuxième recours en fonction du type du premier recours: 100 % = total des **premiers** recours par type (source: domiciliaire, 1995).

2e recours	T. 1er rec.	Auto- médic.	H. St- Martin	CSSP	Autres hôpital.	CCS	Privés	UVS	Tradi- pratic.	Devins	Eglises	Tot. ss moder.	Total 2e recours
1er recours	N	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
Automédic.	930	0 0.0	8 0.9	34 3.7	2 0.2	27 2.9	1 0.1	0 0.0	10 1.1	1 0.1	0 0.0	72 7.7	83 8.9
H. St-Martin	58	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 1.7	1 1.7
CSSP	125	2 1.6	2 1.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 4.8	0 0.0	0 0.0	2 1.6	10 8.0
Autres Hôp.	15	0 0.0	1 6.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 6.7	1 6.7
CCS	118	0 0.0	2 1.7	4 3.4	0 0.0	1 0.8	1 0.8	0 0.0	2 1.7	0 0.0	2 1.7	8 6.8	12 10.2
Privés	29	0 0.0	0 0.0	1 3.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 3.4	1 3.4
UVS	14	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	1 7.1	0 0.0	0 0.0	1 7.1	0 0.0	0 0.0	1 7.1	2 14.3
Tradipratic.	1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
Devins	0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
Eglises	0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
Tot ss mod.	359	2 0.6	5 1.4	5 1.4	0 0.0	3 0.8	1 0.3	0 0.0	8 2.2	0 0.0	2 0.6	14 4.0	25 7.0
Total	1290	2 0.2	13 1.0	39 3.0	2 0.2	30 2.3	2 0.2	0 0.0	19 1.5	1 0.1	2 0.2	86 6.7	110 8.5

Bien que ces différences ne soient que rarement significatives d'un point de vue statistique en raison du nombre limité de cas, nous pouvons en faire une lecture en termes de niveau hiérarchique du premier recours: les malades effectuent d'autant plus souvent un deuxième recours que le premier est de faible niveau et donc a priori d'une moindre efficacité thérapeutique moyenne. D'autres facteurs peuvent cependant perturber ce modèle général. On constate par exemple que les malades qui ont immédiatement visité une UVS ou un CCS sont plus susceptibles d'effectuer un deuxième recours que ceux qui ont d'abord pratiqué l'automédication. Il ne faut pas immédiatement en déduire que les traitements proposés par les secouristes et les infirmiers soient moins adaptés ou efficaces que ceux choisis par des profanes, dans un cadre familial, et cela même si la qualification des secouristes ne les distingue guère de ces derniers.

La différence de probabilité d'effectuer un deuxième recours réside plutôt dans une attitude générale divergente face aux soins de santé. D'une part, nous distinguons les malades qui pratiquent d'abord l'automédication, notamment en raison d'une accessibilité et d'une disponibilité financière limitées, mais aussi d'une volonté de prendre en charge eux-mêmes leur santé; de l'autre, ceux qui ont plutôt l'habitude de confier directement leurs maladies à un spécialiste. Avec l'échec du premier recours, les barrières qui limitaient l'accès de certains malades aux services de santé n'ont pas pour autant disparu. Tout au plus ont-elles perdu de leur importance relative, devant l'aggravation de certains cas. La seconde catégorie de malades, qui semblent jouir d'un meilleur accès aux services de santé puisqu'ils s'y sont rendus immédiatement, sont au contraire plus enclins à poursuivre leur quête thérapeutique après un premier échec.

La faible probabilité d'effectuer un deuxième recours après un premier recours auprès d'un infirmier privé ne s'explique pas davantage par une efficacité thérapeutique supérieure à la moyenne. Une part appréciable des malades concernés habitent en effet des villages éloignés des services de santé. Seule l'opportunité constituée par le passage d'un infirmier itinérant les a poussés à consulter. Après l'échec de ce premier traitement, ces malades ne se déplacent guère vers d'autres recours.

Les malades qui se rendent directement à l'hôpital Saint-Martin sont les moins susceptibles d'effectuer un second recours ailleurs (moins de 2 %). Cela s'explique à la fois par la bonne efficacité thérapeutique moyenne des traitements proposés par cet établissement et par sa position, au sommet de la pyramide sanitaire régionale. Où aller en cas d'échec de cet hôpital? Étonnamment, le seul deuxième recours consécutif à un premier recours à l'hôpital confessionnel a impliqué un service de rang très inférieur (un CCS). Sachant que les malades ne sortent que très exceptionnellement de la sous-préfecture pour visiter les services de santé occupant le sommet de la hiérarchie sanitaire nationale, on pouvait plutôt s'attendre à ce que ce malade change totalement de type de thérapeutes et s'adresse à un guérisseur, par exemple.

Il est également intéressant de lire le Tableau 141 en termes de probabilité qu'un malade effectue un deuxième recours d'un type donné, quel que soit le premier recours (dernière ligne du tableau). Le CSSP de Ouessè arrive en tête, avec une probabilité de seulement 3 %, suivi par l'ensemble des CCS (2,3 %), par les guérisseurs (1,5 %) et l'hôpital Saint-Martin (1 %), les autres types de recours restant marginaux (0,1 à 0,2 %). Ainsi, 6,7 % des malades ayant effectué un premier recours, tous types confondus, en effectueront un deuxième dans un service de santé moderne. Le Tableau 142 indique quant à lui que le CSSP constitue 35,5 % de tous les deuxièmes recours, quel que soit le type du premier recours, les CCS 27,3 %, les guérisseurs 17,3 % et l'hôpital Saint-Martin 11,8 %, pour un total de 78,2 % pour l'ensemble des services de santé modernes.

Nous avons vu plus haut que la nature du premier recours conditionne la probabilité d'un deuxième recours. Nous venons de voir que, pour un malade ayant effectué un premier recours, tous types confondus, la probabilité d'en effectuer un deuxième dans un service d'un type donné varie fortement. Montrons à présent que la nature du premier recours conditionne non seulement la probabilité d'en effectuer un deuxième, mais également sa nature.

Lorsque le premier recours consiste en de l'automédication, la deuxième tentative thérapeutique implique surtout le CSSP de Ouessè (3,7 % des malades avec l'automédication comme premier recours ou 41 % des deuxièmes recours après automédication, cf. Tableau 141 et Tableau 142), les CCS (respectivement 2,9 % et 32,5 %), les tradipraticiens (respectivement 1,1 % et 12 %) et l'hôpital Saint-Martin (respectivement 0,9 % et 9,6 %). Au total, 86,7 % des deuxièmes recours après automédication impliquent la médecine moderne.

Près de 7 % des malades qui ont commencé leur itinéraire thérapeutique par un service de santé moderne ont ensuite consulté un deuxième service de santé moderne et 2,8 % un service traditionnel ou néotraditionnel (les églises thérapeutiques). Dans le détail, 2,2 % des malades ayant d'abord visité un service de santé moderne ont ensuite consulté un tradipraticien, 1,4 % le CSSP de Ouessè et autant l'hôpital Saint-Martin. Les CCS suivent avec 0,8 %, puis les églises thérapeutiques et l'automédication avec 0,6 % chacun, alors que devins et UVS ne sont jamais utilisés comme deuxième recours par ces malades.

Lorsque le premier recours a eu lieu au CSSP de Ouessè, il est par contre rare que le deuxième recours relève de la médecine moderne (seulement 1,6 % des malades avec le CSSP comme premier recours ou 20 % du total des deuxième recours après une consultation au CSSP). Le service de santé utilisé est alors l'hôpital Saint-Martin de Papané, centre régional de référence ou d'autoréférence. Mais la plupart des malades qui poursuivent leur itinéraire thérapeutique après un premier recours au CSSP s'adressent aux guérisseurs, généralement dans la localité de domicile (respectivement 4,8 % ou 60 %). Le recours à l'automédication après une visite au CSSP est aussi rare que le recours à un hôpital de rang plus élevé (respectivement 1,6 % ou 20 %).

Les deuxième recours après un premier recours à un CCS sont presque aussi diversifiés qu'après l'automédication. Deux tiers d'entre eux impliquent un professionnel de la médecine moderne. Parmi ceux-ci, le CSSP de Ouessè arrive en tête (respectivement 3,4 % du total des malades ayant d'abord visité un CCS ou 33,3 % du total des deuxième recours consécutifs à l'utilisation d'un CCS), suivi par l'hôpital Saint-Martin (respectivement 1,7 % ou 16,7 %), les tradipraticiens (idem) et les églises thérapeutiques (idem). Les autres CCS et les privés ferment la marche (0,8 % et 8,3 % chacun). Après l'échec d'un premier traitement proposé par un CCS, les malades qui poursuivent leur quête thérapeutique se dirigent donc de préférence vers leur service de santé de référence officiel, parfois vers le service le mieux coté de la région, rarement vers un service du même niveau hiérarchique (CCS), mais jamais vers un service de rang inférieur (UVS). Des tentatives de diversifier le type de soins (tradipraticiens et églises thérapeutiques) sont aussi effectuées par un tiers des patients poursuivant leur quête thérapeutique après consultation d'un CCS. La rare fréquentation d'un infirmier privé constitue un essai de diversification, tout en restant à un niveau hiérarchique similaire à celui des CCS.

Nous avons déjà signalé que le seul deuxième recours à un CCS après consultation à l'hôpital Saint-Martin constitue un "retour en arrière" au CCS local. Par contre, le seul malade qui a d'abord consulté un hôpital extérieur à la région et qui a effectué un deuxième recours est allé à l'hôpital confessionnel, manière sans doute de "régresser" le moins possible dans le niveau des soins.

Le seul deuxième recours après consultation d'un infirmier privé s'est déroulé au CSSP. Des deux malades ayant poursuivi leur itinéraire après la visite initiale d'une UVS, le premier est resté dans le même type de médecines, mais en s'élevant d'un niveau dans la hiérarchie (CCS), alors que le deuxième a complètement changé de registre (tradipraticien).

Tableau 142 Type du deuxième recours en % selon le type du premier recours: 100 % = total des **deuxièmes** recours par type (source: enquête domiciliaire, 1995).

2 ^e recours	T. 2 ^e recours	Auto-médic.	H. St-Martin	CSSP	Autres hôpit.	CCS	Privés	UVS	Tradi-pratic.	Devin s	Eglises	Tot. ss modernes	Total 2 ^e rec.
1 ^{er} recours	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Automédicat.	83	0.0	9.6	41.0	2.4	32.5	1.2	0.0	12.0	1.2	0.0	86.7	100.0
H. St-Martin	1	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0

CSSP	10	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	60.0	0.0	0.0	20.0	100.0
Autres hôp.	1	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
CCS	12	0.0	16.7	33.3	0.0	8.3	8.3	0.0	16.7	0.0	16.7	66.7	100.0
Privés	1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
UVS	2	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
Tradipratic.	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Devins	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Eglises	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Tot. ss mod.	27	7.4	18.5	18.5	0.0	11.1	3.7	0.0	33.3	0.0	7.4	51.9	100.0
Total	110	1.8	11.8	35.5	1.8	27.3	1.8	0.0	17.3	0.9	1.8	78.2	100.0

La faible proportion de malades qui effectuent au moins deux recours pour le même épisode de maladie, et donc le nombre très limité de cas après ventilation par type de premiers et deuxièmes recours, limite la pertinence d'une lecture des Tableau 141 et Tableau 142 en termes de probabilité pour l'ensemble des habitants de la sous-préfecture de Ouessè d'effectuer une deuxième action thérapeutique d'un type donné en fonction du type de la première action. De l'exposé des résultats ci-dessus, il se dégage tout de même quelques tendances quant à l'agencement des divers recours disponibles.

Tout d'abord, tradipraticiens, devins et églises thérapeutiques ne jouent aucun rôle dans la prise en charge des nouveaux malades. De même, le recours à l'automédication, aux UVS, aux infirmiers privés, aux hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture, aux devins et aux églises thérapeutiques reste marginal pour la deuxième étape de l'itinéraire thérapeutique. Il n'est pas exclu que les devins et les églises thérapeutiques interviennent plus tardivement, voire beaucoup plus tardivement, dans le traitement de maladies chroniques. Uyanga (1979) rapporte à ce propos que seuls 5 % des patients d'un échantillon de guérisseurs nigériens n'avaient effectué aucun recours extérieur avant de les consulter, alors que 58 % en avaient effectués plusieurs. De plus, à peine un cinquième des patients étaient malades depuis moins d'un mois au moment de cette enquête, alors que 57 % étaient malades depuis plus d'un an.

Deuxièmement, 91,5 % des malades qui ont commencé un itinéraire thérapeutique se sont contentés d'un seul recours, extérieur ou pas. Cette proportion est de plus quasi identique que ce premier recours soit de l'automédication ou un professionnel de la médecine moderne. Cette brièveté de la plupart des itinéraires contribue également à restreindre le nombre de combinaisons de recours utilisées.

Troisièmement, le principe général qui dirige le choix d'un deuxième recours est celui de la diversification: après l'échec partiel et surtout total d'un premier traitement, le malade passe – parfois – à un deuxième recours de nature ou de niveau hiérarchique distinct du premier, afin de maximiser ses chances de guérison. Cette stratégie consiste par exemple à tenter l'automédication moderne après l'automédication traditionnelle¹ (ou l'inverse), à délaissier l'automédication au profit d'un recours extérieur, à essayer un tradipraticien après un premier recours extérieur de type moderne ou encore à visiter un hôpital après un CCS. Avec le passage de l'automédication traditionnelle à un recours extérieur moderne, la substitution de nature du traitement se double d'une élévation du niveau de qualification. Contrairement à ce qu'avait observé Mwabu (1986) au Kenya, le secteur confessionnel, également bien présent au Bénin et dans la sous-préfecture de Ouessè en particulier, n'y concentre pas l'essentiel des deuxièmes recours, malgré la prééminence que lui accorde la population en termes d'efficacité thérapeutique. Après l'échec d'un traitement au CSSP de Ouessè, les malades qui poursuivent

¹ Nous avons alors considéré qu'il s'agit toujours du même premier recours.

leur quête thérapeutique sont plus nombreux à se tourner vers les tradipraticiens, quasi jamais utilisés comme premier recours, que vers l'hôpital confessionnel. Cela s'explique sans doute en partie par la grande distance séparant les utilisateurs du CSSP de l'hôpital Saint-Martin.

Quelques itinéraires thérapeutiques types se dégagent des Tableau 141 et Tableau 142, mais le faible volume de cas impliqués incite à la plus grande prudence quant à une généralisation trop hâtive. Il y a tout d'abord, cas de figure de loin le plus fréquent, un premier recours directs à l'automédication, suivi par un recours extérieur auprès d'un spécialiste de la médecine moderne, relevant essentiellement du secteur public. Il y a ensuite les premiers recours à un spécialiste de la médecine moderne des secteurs public et privé qui débouchent sur un deuxième recours extérieur auprès d'un service moderne doté d'une qualification supérieure ou sur la consultation d'un tradipraticien. Il y a finalement la visite immédiate de l'hôpital Saint-Martin, suivie d'aucun second recours. Ces itinéraires types ne doivent cependant pas faire oublier que le cas de figure de loin le plus fréquent consiste en un recours unique, consistant le plus souvent en la seule automédication.

Le faible nombre de deuxièmes recours recensés par l'enquête domiciliaire (110) nous interdit leur analyse en fonction du diagnostic, comme a pu le faire avec profit Mwabu (1986). De même, les 12 recours enregistrés ne constituent de loin pas une base suffisante pour étudier la troisième étape des itinéraires thérapeutiques en fonction des précédentes.

CINQUIÈME PARTIE

VERS UN BILAN DE SANTÉ ET DES BESOINS DE SANTÉ

Le titre de cette cinquième et dernière partie est volontairement ambigu. De la santé de qui ou de quoi parlons-nous? L'accès, concept central de notre thèse, a été défini avec Thomas et Penchansky comme le degré d'ajustement entre, d'une part, un individu nécessitant des soins et, d'autre part, un service de santé, ou d'une manière plus générale, entre une population éprouvant un besoin de santé et un système de soins. C'est donc la perception d'un besoin par un individu qui établit un lien, encore potentiel, entre lui et les prestataires de soins. Ce lien ne devient effectif que sous certaines conditions, nous l'avons vu. Parmi ces dernières, nous avons surtout exploré les caractéristiques des malades et de leurs familles, nucléaires le plus souvent. L'interrelation entre les caractéristiques des uns et des autres implique que l'on se penche aussi sur l'offre de soins de santé, notamment sur sa capacité à répondre à la demande de la population. Le "bilan de santé" auquel nous faisons allusion dans le titre – que nous avons tempéré d'un "vers", tant cet objectif est ambitieux et impliquerait de vastes enquêtes épidémiologiques – renvoie donc à un double, si ce n'est à un triple, objet:

- la santé de la population, qui conditionne les besoins de santé, débouchant à leur tour sur des besoins de soins, exprimés ou non, assouvis ou non;
- la santé du système de soins béninois, essentiellement appréhendée à travers notre expérience des secteurs public et confessionnel dans la sous-préfecture de Ouessè, qui conditionne son image et la désirabilité des prestations proposées;
- et, comme conséquence des deux premiers points, la "santé" des relations entre la population et le système de soins qui lui est destiné, qui passe notamment par la mise en regard des attentes – et des frustrations! – des uns et des autres.

Confronter les besoins de santé à l'offre de soins de santé répond pour nous à des objectifs opérationnels, même si le caractère inachevé de cette confrontation en réduit la portée. Il convient toutefois de ne pas placer des espoirs excessifs quant à l'utilisation effective de l'information dans le processus de planification sanitaire. L'analyse des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de la première génération en France a permis à Basset et Lopez (*in*: SALOMEZ et LACOSTE, 1999) de conclure que, quelle qu'ait été la démarche du SROS, les données sur l'état de santé ont peu ou pas servi dans l'adaptation de l'offre de soins.

1. ETAT DE SANTÉ DES HABITANTS DE LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSÈ

Synthèse de la géographie des maladies et de la géographie des soins, la géographie de la santé consiste, selon Picheral (1982), en l’“étude spatiale de la qualité de la santé dans ses relations avec l’environnement physique, biologique, socio-économique, comportemental et culturel”. Notre thèse s’inscrivant essentiellement en géographie des soins, nous n’avons pas la prétention de réaliser cette fusion, souhaitable, mais ô combien exigeante, entre les deux composantes de la géographie de la santé. Le système de soins ayant pour but de corriger, autant que faire se peut, les effets néfastes pour la santé de l’environnement naturel et social, des comportements à risque et des déficiences biologiques, nous ne pouvons toutefois pas faire l’économie d’une tentative de quantification des besoins en soins de santé. Ce sont en effet ces besoins qui, en dernière analyse, déterminent la demande potentielle de soins. Les différentes barrières rattachées au concept d’accès ne font que moduler cette demande potentielle, la transformant ou non en demande effective. C’est justement en tant que composante essentielle de cette demande que l’état de santé de la population nous intéresse. Il n’est par contre pas dans notre propos, les sources d’information et les connaissances nous faisant d’ailleurs défaut, d’évaluer l’impact des services de santé et de leur localisation sur la santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè ni de l’influence des états de santé régionaux sur la localisation des services de santé (MAYER, 1982; GESLER, 1984).

a) Santé et besoins de santé

En introduction à ce chapitre, il est nécessaire de préciser certains concepts et surtout de définir les limites, étroites, de notre définition de l’état de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè.

Concepts et mesures

Les définitions de la santé sont nombreuses et diverses. Goldberg (in: PINEAULT et DAVELUY, 1995) classe la plupart d’entre elles en trois catégories, selon la manière d’aborder la santé:

- *un abord perceptuel*: la santé est définie comme une perception de bien-être. La classique définition de la santé donnée par l’OMS relève de cette approche (“La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité”);
- *un abord fonctionnel*: la santé est la capacité de bien fonctionner ou l’état de capacité optimale d’un individu en regard de l’accomplissement efficace des rôles et des tâches pour lesquels il a été socialisé. Quand, par extension, nous parlions plus haut de la santé du système sanitaire béninois, c’est clairement à ce type d’approches que nous faisons appel;
- *un abord utilisant le concept d’adaptation*: la santé est l’ajustement réussi et permanent d’un organisme à son environnement. La maladie correspond alors à un défaut d’ajustement.

Force est de constater avec Pineault et Daveluy (1995) que la plupart des définitions de la santé proposées sont peu utiles pour la planification sanitaire, car elles ne sont pas opérationnelles. En conséquence, les mesures négatives de la santé (mortalité, morbidité, facteurs de risque, incapacité, handicap), peu satisfaisantes d’un point de vue conceptuel mais

directement utilisables par le planificateur, ont encore de beaux jours devant elles. Pour nos enquêtes, nous avons retenu une de ces mesures négatives de la santé – la morbidité –, mais sous différentes modalités.

Il existe bien des instruments permettant de mesurer différentes dimensions de la santé d'un individu ou d'une population, comme le questionnaire SF-36 (WARE et SHERBOURNE, 1992), composé de 36 questions (approche fonctionnelle de la santé). Mais à notre connaissance, ces outils n'ont pas encore été adaptés et traduits ni validés dans aucune langue africaine. Vu que les services de santé s'occupent beaucoup plus, au Bénin comme presque partout ailleurs, de soigner des maladies plutôt que d'améliorer l'état fonctionnel de la population, de tels instruments restent d'une portée très limitée pour la planification sanitaire. Ils ne sauraient en effet fournir – mais ce n'est par leur but – d'indications sur la prévalence, même apparente, des maladies sévissant dans une population.

Il est encore nécessaire de clarifier le concept de besoin, puisque nous considérons qu'il induit une demande potentielle en soins de santé et qu'il constitue donc un préalable indispensable à tout traitement, que ce soit en automédication ou chez un thérapeute. Selon Pineault et Daveluy (1995), un besoin naît lorsque l'on constate une différence entre une situation considérée comme optimale et la situation observée actuellement, différence que l'on désire réduire. Pour évaluer le besoin de santé d'une population, il faut donc être capable à la fois d'en mesurer l'état de santé, ce qui pose le problème des instruments de mesure en santé publique, et de définir un état de santé souhaité, ce qui implique l'établissement de références, renvoyant à un problème de légitimité: qui parle? au nom de qui? (SALOMEZ et LACOSTE, 1999).

Le concept de besoin est donc relatif à plus d'un titre. Dans un essai de classification devenu classique, Bradshaw (*in*: PINEAULT et DAVELUY, 1995) les répartit en quatre types, selon la perspective envisagée:

- *les besoins normatifs*: ils sont définis par l'expert, le professionnel, l'administrateur, par rapport à une certaine norme de désirabilité ou d'optimalité... et selon les connaissances, les valeurs et les moyens du moment;
- *les besoins ressentis*: ils se réfèrent à la perception qu'ont les gens de leurs problèmes de santé ou à ce qu'ils désirent comme services de santé;
- *les besoins exprimés*: il s'agit de la part des besoins ressentis qui débouchent sur une demande effective de soins ou de services, autrement dit sur une démarche de recours à des services;
- *les besoins comparatifs*: ils désignent les besoins qu'un individu ou un groupe devraient avoir puisqu'il présente les mêmes caractéristiques qu'un autre individu ou groupe pour lequel un besoin a été identifié.

De ces quatre catégories, deux nous intéressent tout spécialement. Il s'agit en premier lieu des besoins ressentis, auxquels correspond souvent une morbidité ressentie (autodiagnostic par le malade, selon ses définitions de la maladie, à partir des symptômes ou malaises éprouvés). Plutôt que les expressions besoins et morbidité ressentis, nous préférons ceux de besoins et de morbidité perçus, plus larges à notre avis. La sensation fait en effet directement référence à ce qu'éprouve le malade. Or ce dernier est rarement une personne coupée de tout contexte social. Le diagnostic et les besoins perçus sont donc un construit social qui fait intervenir les opinions et les appréciations des proches. Diagnostics et besoins perçus peuvent sensiblement différer des diagnostics et besoins ressentis. Cela est particulièrement vrai pour les enfants qui ne savent pas encore formaliser ce qu'ils ressentent. Cette distinction nous paraît importante dans la mesure où, au Bénin comme ailleurs, la gestion de la maladie dépasse généralement l'individu souffrant.

Il s'agit deuxièmement des besoins exprimés, c'est-à-dire de la consommation effective de soins (qu'elle satisfasse ou non l'attente du patient). Un écueil est à ce niveau trop souvent éludé. Que faut-il en effet comprendre par consommation de soins ou de services? Bradshaw et Pineault laissent clairement entendre qu'il s'agit du recours à un spécialiste de la santé, d'où découle une morbidité diagnostiquée. Où situer alors les innombrables besoins perçus qui, sans déboucher sur la consultation d'un spécialiste de la santé, ne restent pourtant pas sans traitement? Personnellement, nous avons considéré qu'il y a expression d'un besoin dès lors qu'une action thérapeutique, quelle que soit sa nature et son résultat, est entreprise pour le satisfaire. Ce qui ne nous empêche d'ailleurs pas de distinguer les besoins exprimés sous forme d'automédication de ceux confiés à un thérapeute.

Entre les besoins perçus et les besoins exprimés se situe une part, variable et souvent inconnue, de besoins perçus mais non exprimés, pour diverses raisons qui relèvent des cinq dimensions de l'accès. Cet écart est particulièrement intéressant dans la mesure où il constitue en quelque sorte une mesure globale de l'accès ou plus exactement de l'ensemble des barrières inventoriées par le concept d'accès (cf. partie V, chap. 4a).

Sources disponibles et limites de la mesure de morbidité

Nous disposons de trois types d'informations complémentaires pour appréhender, négativement, l'état de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè et donc la demande potentielle en soins de santé. Aucune n'est pleinement satisfaisante ni suffisante. Bien que meilleure, l'image fournie par l'utilisation conjointe des trois types d'informations reste loin d'être parfaite. Les trois méthodes que nous avons retenues pour aborder l'état de santé des habitants de la sous-préfecture sont:

- l'analyse des registres et fichiers de santé des services de santé formels;
- une enquête domiciliaire auprès d'un échantillon de la population, pour déterminer la prévalence mensuelle perçue de treize affections (ou prévalence apparente);
- une enquête sur les maladies perçues comme habituellement les plus fréquentes au sein de chaque ménage, en distinguant les enfants des adultes.

Les registres et fichiers de santé de chaque service de santé formel indiquent un diagnostic pour chaque contact, à l'hôpital Saint-Martin, ou pour chaque nouvel épisode, dans les services de santé publics. Il y a là une mine d'information, qu'il convient toutefois de traiter avec prudence. Il y a bien sûr le problème de la précision et de la fiabilité des diagnostics, sur lequel nous ne reviendrons pas. Plus important encore pour ce qui nous occupe ici est le décalage parfois considérable, mais non mesurable sans enquête ad hoc, entre le niveau et la nature de la pathologie diagnostiquée, d'une part, et le niveau et la nature de la pathologie réelle ou même perçue, d'autre part. Il est en effet couramment admis, et nous avons pu le vérifier pour la sous-préfecture de Ouessè, que seule une part, variable selon l'affection, des besoins perçus s'expriment à travers la consultation d'un spécialiste de la santé. En d'autres termes, le tableau de la morbidité fourni par un service de santé n'est qu'une anamorphose pour laquelle nous ne disposerions pas du miroir adéquat.

La seule information vraiment fiable (aux erreurs de diagnostic près) fournie par ces données est la présence effective dans l'aire d'attraction du service de santé des affections qui y sont diagnostiquées. L'inverse n'est par contre pas vrai: l'absence de notification d'une maladie ne peut pas être interprétée comme absence de la maladie. Les troubles mentaux, pour ainsi dire jamais diagnostiqués dans les services de santé modernes de la sous-préfecture en fournissent le meilleur exemple. La fréquence relative des divers diagnostics est elle aussi assez peu significative. La notification fréquente d'une maladie implique qu'elle est répandue, mais pas

forcément plus que des affections plus modérément voire très peu rapportées. Nous verrons par exemple plus loin (cf. partie V, chap. 1c) que les maux de tête figurent parmi les problèmes de santé les plus fréquents des adultes. Ils ne débouchent pourtant que très rarement sur une consultation.

Au niveau même des services de santé, il existe encore d'autres biais qui limitent la pertinence de ces données. Dans les services de santé public, les agents de santé ont pour consigne d'enregistrer non pas des patients, mais des cas de maladie. Une consultation débouche donc sur l'inscription d'un, deux, voire trois diagnostics (et autant de "nouveaux cas", ce qui gonfle artificiellement la fréquentation des services). Cette consigne est de plus très diversement appliquée par les agents de santé. Les uns se limitent presque toujours au principal motif de consultation, les autres apprécient particulièrement les cumuls (on pourrait presque systématiquement ajouter "parasitose intestinale" comme deuxième diagnostic chez les enfants, ce qu'un agent a d'ailleurs tendance à faire!). A l'hôpital Saint-Martin de Papané, la pratique est de n'enregistrer que le diagnostic principal, généralement celui qui a amené la personne à consulter. On voit bien les distorsions que ces pratiques variables introduisent. A cause de l'inscription fréquente de la parasitose intestinale comme comorbidité dans certaines communes, cette affection y paraît nettement plus fréquente que là où l'on n'enregistre que le diagnostic principal; or les parasitoses intestinales motivent rarement une consultation, à moins qu'elles soient accompagnées de diarrhées abondantes.

Un second biais consiste en l'inégale finesse des diagnostics selon les compétences des agents de santé, qui ne recourent qu'imparfaitement le niveau hiérarchique des services de santé qu'ils desservent. L'inégale diversité des diagnostics enregistrés pour les habitants de différentes communes peut donc refléter davantage, si ce n'est exclusivement, le niveau de formation des agents de santé locaux qu'une inégalité spatiale face à la maladie. Dans ce cas, c'est plutôt d'inégalité spatiale face à la qualité des soins dont il faudrait parler. Ses conséquences, en termes de taux d'utilisation ou de diversité des diagnostics, ne doivent pas être interprétées comme l'indice d'états sanitaires inégaux des populations.

La pathologie diagnostiquée, déclarée, "officielle", n'est donc pas adéquate pour dresser l'état de santé (ou plutôt le statut morbide) d'une population. Il s'agit pourtant généralement des seules données disponibles, et qui plus est, souvent facilement. Au Bénin par exemple, chaque service de santé public et confessionnel fournit (en principe) un rapport mensuel de synthèse indiquant les maladies diagnostiquées par sexe et classe d'âge. A chaque niveau de la hiérarchie sanitaire, ces rapports sont agrégés avant d'être transmis au niveau suivant. A l'échelle d'analyse qui nous intéresse ici, ces rapports sont donc disponibles dans chaque service de santé, avec une copie au CSSP. Comme les CCS desservent au mieux les seuls villages de leur commune et le CSSP surtout les localités avoisinantes, il est possible de savoir approximativement à quelle population les diagnostics se réfèrent. Si l'on souhaite connaître précisément la localisation des porteurs de ces maladies, le seul recours est de se plonger dans les registres et fichiers de patients, travail beaucoup plus long que la simple consultation des rapports de synthèse.

Comme les besoins ne se réduisent pas à la consommation médicale extérieure, les données issues du système de soins sont insuffisantes à rendre compte de l'état de santé d'une population. Malgré cette limite de taille et leurs imperfections, ces données présentent toutefois quelque utilité pour nous. Les besoins exprimés à travers une consultation constituent précisément cette petite partie des besoins qui ont pu surmonter toutes les barrières se dressant entre l'utilisateur potentiel et le service de santé. A travers eux, nous pouvons savoir avec une quasi certitude qu'au moins certaines affections sont présentes dans la sous-préfecture et qu'elles suscitent une demande envers les services de santé formels. D'autre part, la diversité

des diagnostics devrait augmenter avec le niveau hiérarchique des services de santé, du fait de la concentration croissante des cas rares, mais aussi de compétences et de moyens diagnostics vers le sommet de la pyramide sanitaire. L'étude de cette diversité servira d'indicateur du niveau hiérarchique relatif réel des trois types de services de santé formels desservant la sous-préfecture de Ouessè: CCS, CSSP et hôpital Saint-Martin de Papané. Ces données permettront donc de discuter de l'aptitude, probablement différente d'un type de services à l'autre, à répondre aux besoins de santé de la population (cf. partie V, chap. 3).

Les deux autres méthodes retenues pour évaluer sommairement l'état de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè nécessitent une enquête directe auprès d'un échantillon de la population. Le questionnaire utilisé lors de l'enquête domiciliaire n'a pas été spécifiquement conçu pour mesurer l'état sanitaire de la population, mais deux questions fournissent de précieuses informations à ce sujet. La première permet de calculer la prévalence mensuelle apparente, c'est-à-dire perçue par le malade et ses proches, de treize affections (cf. partie II, chap. 3b pour la description de ces affections). Notre but n'est pas ici de dresser un tableau exhaustif et précis de la situation. Nous cherchons plutôt, au moyen de ces treize affections, de montrer l'inégale distribution, tant spatiale que démographique, de la maladie perçue. Ce sont donc surtout les variations relatives de la prévalence perçue qui nous intéressent. Nous avons dans la quatrième partie analysé les facteurs qui influencent les comportements thérapeutiques des malades et de leur entourage. La connaissance des préférences thérapeutiques de diverses sous-populations est évidemment utile à une planification sanitaire pertinente, notamment à l'allocation et à la localisation des ressources. Encore faut-il la compléter par celle de la prévalence apparente de la maladie. C'est en effet le niveau des besoins ressentis en soins de santé qui, combiné avec les déterminants évoqués ci-dessus, définit la demande effective en remèdes et en soins auprès des différents acteurs du système sanitaire.

Cette analyse de la prévalence apparente des maladies comporte d'évidentes limites (DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988):

- la période de remémoration de 30 jours est trop longue pour étudier la prévalence de certaines affections très fréquentes et souvent brèves, comme la diarrhée chez les jeunes enfants. De plus, la remémoration des épisodes de maladie dépend largement de leur gravité perçue. Les oublis d'épisodes sont donc d'autant plus fréquents que la période de remémoration est longue et que la gravité perçue est faible. Kroeger (1983b) affirme que la durée maximale fiable de remémoration pour des cas de maladie peu graves est de 15 jours. Nous avons cherché à limiter au maximum les oublis en proposant systématiquement une liste d'affections;
- la définition du type de la maladie. Il est impossible de savoir avec certitude si la personne interrogée et l'enquêteur parlent de la même chose quand ils nomment une maladie. Nous avons cherché à limiter ce biais au maximum en n'utilisant que des entités nosologiques locales, désignées sous leur nom vernaculaire;
- la validité des notifications, du fait notamment que les chefs de ménages et/ou leur(s) épouse(s) doivent aussi se prononcer pour l'ensemble du ménage, ou encore que les maladies chroniques, auxquelles on s'est habitué, sont généralement sous-déclarées;
- la saisonnalité de la nature et de la fréquence des affections, qui ne permet pas d'extrapolation sur l'année de données recueillies pour une période de 30 jours;
- la prise en compte que d'une partie des affections et traumatismes sévissant dans la région.

Cependant, comme notre but consiste plus à relever des différences relatives de besoin de santé, selon le domicile, le sexe et l'âge, que d'évaluer l'état de santé absolu des habitants de la sous-préfecture de Ouessè, ces biais, que l'on peut considérer comme constants, perdent de leur

acuité. Toutefois, pour corriger partiellement les deux dernières limites énoncées ci-dessus, nous avons encore demandé à chaque ménage de nous citer, par ordre décroissant de fréquence, les trois maladies qui frappent en général le plus souvent les enfants puis les adultes du ménage. Il s'agit d'une approche moins rigoureuse que le calcul de la prévalence apparente, mais elle suffit à se faire une idée précise de la fréquence relative des principales affections. Puisque la question est cette fois totalement ouverte (sans liste limitative de pathologies), cette méthode permet surtout de faire ressortir d'éventuelles affections non incluses dans la liste des treize pathologies étudiées en détail et d'en situer l'importance relative par rapport à ces dernières.

b) Pathologies diagnostiquées dans les services de santé

Nous nous contenterons d'une analyse sommaire des diagnostics relevés dans les trois niveaux hiérarchiques de services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè, vu la pertinence limitée de ces données comme indicateurs de l'état de santé de la population. Nous fournissons à titre indicatif la proportion de chaque diagnostic, par rapport au total des diagnostics relevés dans un niveau hiérarchique donné, tout en insistant sur le fait qu'elle ne reflète pas le poids réel de cette maladie dans l'ensemble des maladies frappant la population. Ces proportions permettront surtout de distinguer les trois niveaux hiérarchiques les uns des autres.

Les formulaires de notification des maladies ne permettent pas d'enregistrer spécifiquement tous les diagnostics. Une part non négligeable d'entre eux sont en effet regroupés dans la catégorie "autre". La comparabilité est de plus parfois difficile, puisque les formulaires ont changé au cours du temps et que les hôpitaux remplissaient des formulaires plus complexes que les CCS, jusqu'en 1993. De nouveaux formulaires ont encore été introduits en janvier 1995. Au fil du temps, la tendance est à la simplification de ces formulaires, qui contenaient de nombreuses maladies impossibles à diagnostiquer précisément avec les connaissances et les moyens des infirmiers et même des médecins oeuvrant à la base de la pyramide sanitaire. Les diagnostics relevés ci-dessous ne rendent donc pas totalement compte de la variété des affections rencontrées dans la sous-préfecture de Ouessè. Mais les principales affections y sont présentes, à l'exception notable de toutes les affections liées à la grossesse et à l'accouchement. A l'hôpital Saint-Martin, les accouchements eux-mêmes sont d'ailleurs inclus dans la catégorie "autre".

Dans le Tableau 143, on relève la présence de maladies qui n'ont pas ou peu retenu notre attention jusqu'à présent. Même si nous avons mis en doute la capacité d'une partie des agents de santé du secteur public à diagnostiquer la drépanocytose, souvent considérée comme du rhumatisme, celle-ci est pourtant signalée en tant que telle à de nombreuses reprises. Il ne faut cependant pas interpréter trop vite ces nombreux cas comme une preuve de la capacité des agents de santé à diagnostiquer cette maladie. En effet, l'essentiel des 96 cas relevés dans les CCS sont le fait d'un aide-soignant, fonctionnant comme infirmier intérimaire, qui appliquait ce diagnostic à certains symptômes liés à l'appareil digestif (sans aucune réaction du médecin-chef d'ailleurs).

La tuberculose, la coqueluche, la méningite, le tétanos, la varicelle, le zona, la rougeole (environ 140 cas de rougeole pour l'ensemble de la sous-préfecture), le neuropaludisme, les hématuries dont la bilharziose urinaire, les conjonctivites et diverses autres affections oculaires non spécifiées sont signalés. L'anémie est très fréquente. Elle accompagne souvent le paludisme et/ou certaines parasitoses intestinales. Les urgences chirurgicales abdominales consistent principalement en césariennes et en hernies, puis en péritonites, grossesses extra-utérines, appendicites, ablation de kystes, résections intestinales...

La dracunculose (ver de Guinée) est très rarement signalée. Il s'agit typiquement d'une parasitose qui ne débouche que très rarement sur une consultation, les traitements offerts par les services de santé modernes n'étant que palliatifs (HUNTER, 1996). De plus, selon les agents de santé et divers autres interlocuteurs, cette parasitose est effectivement devenue rare dans la sous-préfecture, depuis l'introduction presque généralisée des forages munis de pompes à bras dans le courant des années 1980. Elle reste toutefois signalée au moins dans les villages de Toui PK et d'Odo Akaba, tous deux dans la commune de Toui (pour des données épidémiologiques sur la

Tableau 143 Diagnostics relevés dans les services de santé formels desservant la sous-préfecture de Ouessè, en 1994 (source: rapports d'activité mensuels).

	Hôp. Saint-Martin*		CSSP de Ouessè		Tous CCS	
	N	%	N	%	N	%
Drépanocytose	110	1.0	25	0.4	96	1.4
Diarrhée + parasit. intest.	575	5.3	952	13.7	849	12.0
Dysenterie + amibiase	894	8.2	168	2.4	244	3.4
Tuberculose	33	0.3	0	0.0	0	0.0
Coqueluche	3	0.0	0	0.0	0	0.0
Méningite	27	0.2	3	0.0	2	0.0
Tétanos	12	0.1	1	0.0	0	0.0
Varicelle	1	0.0	0	0.0	0	0.0
Zona	2	0.0	0	0.0	0	0.0
Rougeole	68	0.6	68	1.0	45	0.6
Neuropaludisme	8	0.1	137	2.0	17	0.2
Bilharziose urinaire	57	0.5	8	0.1	11	0.2
MST	1365	12.5	42	0.6	104	1.5
Conjonctivite	66	0.6	108	1.6	163	2.3
Onchocercose	86	0.8	0	0.0	0	0.0
Autres affections oculaires	9	0.1	7	0.1	4	0.1
Malnutrition	215	2.0	21	0.3	14	0.2
Anémie	862	7.9	188	2.7	75	1.1
Infect. broncho-pulmon.	693	6.3	630	9.1	883	12.4
Urgences chirurg. abdom.	632	5.8	28	0.4	0	0.0
Dracunculose	0	0.0	0	0.0	2	0.0
Paludisme	1022	9.3	2362	34.0	2692	37.9
Ictère	48	0.4	10	0.1	7	0.1
Maladies mentales	3	0.0	0	0.0	3	0.0
ORL	59	0.5	260	3.7	364	5.1
Hypertension artérielle	311	2.8	53	0.8	41	0.6
Morsures de serpents	118	1.1	73	1.1	9	0.1

Traumatismes tout genre	111	1.0	384	5.5	485	6.8
Diabète	78	0.7	?	?	?	?
Sida	31	0.3	?	?	?	?
Autres et mal défini	3452	31.5	1424	20.5	989	13.9
Total	10951	100.0	6952	100.0	7099	100.0
Décès	150		31		0	

N. B. L'ordre de citation reproduit celui des formulaires de notification des maladies. Les maladies sans aucune mention ont été enlevées.

* Pour l'hôpital Saint-Martin de Papané, tous les diagnostics sont rapportés, y compris ceux de patients issus d'une autre sous-préfecture, les rapports de synthèse n'indiquant pas la provenance. Pour cet hôpital, seul le diagnostic principal est enregistré, alors que dans les services de santé publics plusieurs diagnostics par épisode sont parfois pris en compte.

dracunculose au Bénin et sur son impact socio-économique, voir CHIPPAUX et AKOGBETO, 1991; CHIPPAUX et LARSSON, 1991; CHIPPAUX et MASSOUGBODJI, 1991; CHIPPAUX, DE SOUZA et MASSOUGBODJI, 1991; CHIPPAUX, 1992; CHIPPAUX, BANZOU et AGBEDE, 1992).

Quelques consultations pour maladies mentales sont signalées, qui ne reflètent de loin pas la réalité du phénomène, ce type de problèmes de santé étant plutôt traité chez les guérisseurs, les devins et dans les églises thérapeutiques. Les affections de la sphère ORL sont bien représentées. Jusqu'à présent, nous les avons toujours regroupées avec les affections de l'appareil respiratoire. A l'hôpital Saint-Martin, 31 cas de Sida (ou aussi peut-être de séroposivité) ont été notifiés. Un programme particulier pour la lèpre suit quelques dizaines de lépreux dans la sous-préfecture. D'autres affections, encore peu étudiées en Afrique subsaharienne rurale, semblent bien présentes comme l'hypertension artérielle (MUNA, 1993) et le diabète. Elles sont peut-être un peu trop rapidement considérées comme caractéristiques d'une transition épidémiologique avancée ou même achevée (SALEM et LANG, 1993; SALEM, 1995).

En 1992, la palette des affections diagnostiquées dans les deux hôpitaux paraît plus large, du simple fait que les formulaires de notification des maladies étaient alors plus détaillés. En plus des maladies figurant dans le Tableau 143 pour 1994, on y trouve encore des cas de bilharziose intestinale (respectivement 26 à l'hôpital Saint-Martin et 0 au CSSP), d'oreillons (respectivement 3 et 3), de gale (52 et 6), d'hémi et paraplégie (13 et 1), d'épilepsie (31 et 4), de grippe (67 et 11), d'affections gastro-duodénales (513 et 42), dermatose (589 et 94), d'affection articulaire (130 et 24), d'otite (123 et sans mention car confondue dans les affections ORL), d'hypertension et d'affections cardiaques (327 et 33), d'hémorroïdes (26 et 7), de fractures (76 et 16), de luxations (10 et 3), de plaies graves et morsures d'animaux (108 et 146), de brûlures (22 et 18), d'intoxication (16 et 31), d'affections uro-génitales, de MST et stérilité (1'982 et 42), de gynéco-obstétrique (428, avec les accouchements, et 40, sans les accouchements), de cancers et tumeurs (34 et sans mention), de fistules anales (22 et sans mention), sur un total de respectivement 11'737 et 4'436 cas notifiés. Cette liste, qui n'est pas exhaustive puisqu'il y a encore respectivement 687 et 259 cas mal définis ou relevant d'un autre diagnostic, laisse percevoir la grande diversité des affections sévissant dans la région, de même que la capacité des agents de santé à les diagnostiquer (du moins une partie d'entre eux).

c) Etat de santé perçu et besoins de soins de santé

Le titre de ce sous-chapitre est passablement trompeur, dans la mesure où nous n'avons pas à proprement parler mesuré la perception qu'ont les habitants de la sous-préfecture de Ouessè de leur état de santé, mais seulement la présence ou l'absence d'un certain nombre de

symptômes, de maladies ou de traumatismes, que nous désignons collectivement sous les termes interchangeables d'affections, de pathologies et de maladies. Comme beaucoup d'autres, nous nous contentons donc de mesurer négativement la santé, par l'absence de maladie. Nous la mesurerons également au moyen des déclarations de décès intervenus durant l'année précédant l'enquête.

L'enquête auprès de 650 ménages (5'357 individus) de la sous-préfecture de Ouessè a permis de déceler 1'334 cas de maladie survenus dans les 30 jours ayant précédé le passage des enquêteurs ou qui, plus anciens, se sont prolongés durant cette période de référence. Bien que couvrant un large spectre d'affections, ce recensement n'est pas exhaustif. Les affections a priori légères (maux de tête, maux de ventre, dermatoses...), les maladies rares – ou du moins qui ne constituent pas ou plus un réel problème de santé publique si l'on se fie à nos entretiens avec la population et aux motifs de consultation dans les services de santé formels – (bilharziose urinaire, drépanocytose, dracunculose, onchocercose...), les affections inconnues ou impossibles à diagnostiquer par la population (hypertension artérielle, cancers, Sida...), les affections relevant d'un spécialiste tel que dentiste, ophtalmologue, psychiatre..., ainsi que certaines affections chroniques ont volontairement été omises de la liste proposée aux personnes interrogées.

La prévalence mensuelle apparente que nous mesurons ici n'est donc que partielle. Il nous est de plus impossible d'estimer la part de la prévalence perçue totale qu'elle constitue. Si les affections retenues représentent ensemble la grande masse des consultations auprès des services de santé modernes, cela n'implique en effet pas pour autant qu'elles constituent l'essentiel de la prévalence perçue. Confronté à l'impossibilité de passer en revue toutes les affections potentielles et persuadé qu'il est impératif de proposer une liste de maladies ou de symptômes pour limiter les oublis, nous avons pris le parti d'en soumettre treize, retenus pour leur impact, en termes de santé public, leur exemplarité et leur identification relativement aisée.

Comme nous n'avons pas recueilli la structure par âge et sexe de tous les membres de l'échantillon – nous la connaissons seulement pour les malades et les personnes décédées –, nous utiliserons ci-après comme dénominateurs la population moyenne de l'échantillon durant l'année ayant précédé le passage des enquêteurs, à laquelle nous avons appliqué la structure par âge et sexe des villages dont est issu l'échantillon, selon le recensement national de la population de 1992.

Différences selon le sexe et l'âge d'état de santé perçu

Il est communément relevé que l'état de santé moyen d'une population – mesuré négativement par l'absence de maladie – varie selon le sexe et l'âge (FIEDLER, 1981; AKIN et HUTCHINSON, 1999). Au cours d'une vie, l'état de santé décrit habituellement une courbe en "U" ou en "J": les jeunes enfants sont particulièrement exposés aux maladies, les enfants de plus de cinq ans, les adolescents et les jeunes adultes enregistrent le meilleur état de santé moyen, puis les maladies se font à nouveau de plus en plus fréquentes ou durables (maladies chroniques et dégénératives) avec l'augmentation de l'âge. A âge égal, les femmes adultes sont plus souvent malades que les hommes.

Nous nous attendons donc à retrouver ces tendances lourdes, relevant de la biologie, pour notre échantillon, tendances peut-être un peu altérées par deux biais potentiels:

- la prise en compte d'une partie seulement des maladies perçues;
- une notification des maladies involontairement sélective (non connaissance ou oublis de cas), due au fait qu'une ou deux personnes, le plus souvent le chef du ménage, ont répondu pour l'ensemble du ménage.

La prévalence mensuelle perçue pour les treize affections proposée est de 248 ‰, soit en moyenne un cas de maladie pour quatre personnes. Le nombre de malades est légèrement inférieur, une personne pouvant souffrir de plusieurs maladies simultanément ou successivement durant le mois écoulé. Il y a 1'182 malades différents pour 1'334 cas de maladie, soit un taux de 221 malades pour 1'000 habitants et, en moyenne, 1,13 cas de maladie par malade. Une enquête auprès d'un large échantillon des habitants de Cotonou fournit une prévalence mensuelle perçue similaire: 219 ‰ (GOMES DO ESPIRITO SANTO, FLOURY et Cissé, 1998). Les deux enquêtes ne sont toutefois pas comparables, puisque nous n'avons enquêté que sur treize symptômes ou catégories d'affections explicitement cités, alors que ces auteurs ont enregistré toutes les plaintes, sans en proposer de liste. De plus, nous avons étudié la prévalence sur un mois, tandis que ces auteurs fournissent l'incidence sur un mois.

Les hommes, tous âges confondus, déclarent significativement beaucoup plus de cas de maladie que les femmes (292 ‰ contre 206 ‰, $p = 0,0001$). Dans une étude similaire à la nôtre effectuée dans la sous-préfecture de Ouidah, Kifouly (1993) observe également un nombre plus élevé d'affections chez les hommes (55,1 % du total des cas). Mais nous ignorons quelle est la proportion d'hommes dans la population. Dans notre enquête, il n'y a par contre pas de différence entre les enfants (moins de 15 ans) et les adultes (247 ‰ contre 250 ‰). Les enfants du sexe masculin sont apparemment plus souvent malades que ceux de sexe féminin (272 ‰ contre 221 ‰, $p = 0,01$). L'écart entre les sexes est encore plus important pour les adultes (317 ‰ contre 191 ‰, $p = 0,0001$). Ce sont donc les hommes adultes qui déclarent proportionnellement le plus de cas de maladie, suivis des garçons, puis des filles et finalement des femmes adultes. Le fait que les enfants se retrouvent insérés entre les deux catégories d'adultes semble montrer que notre sélection d'affections ne privilégie a priori ni les maladies infantiles, ni les maladies d'adultes.

Détaillant plus finement l'âge des malades, la Figure 130 montre clairement que la prévalence perçue décrit bien la courbe en "U" attendue. Elle est maximale pour les enfants de moins d'un an (414 ‰), puis pour ceux de 1 à 4 ans (321 ‰). Elle est minimale pour les enfants de 5 à 14 ans (184 ‰, soit presque 2,3 fois moins que pour les enfants de moins d'un an), puis augmente ensuite avec l'âge (236 ‰ pour les adultes de 15 à 44 ans et 292 ‰ pour ceux de 45 ans et plus). La prévalence perçue pour les enfants de moins de 5 ans reste toutefois supérieure à celle des adultes, y compris les plus âgés d'entre eux. Cela est d'autant plus remarquable que tous les répondants, qui se prononçaient pour l'ensemble du ménage, étaient des adultes, souvent de 45 ans et plus. La sous-déclaration des maladies est ainsi probablement plus fréquente pour les enfants que pour les adultes, particulièrement les plus âgés d'entre eux. Globalement, ces différences de prévalence selon l'âge sont statistiquement très significatives ($p = 0,0001$).

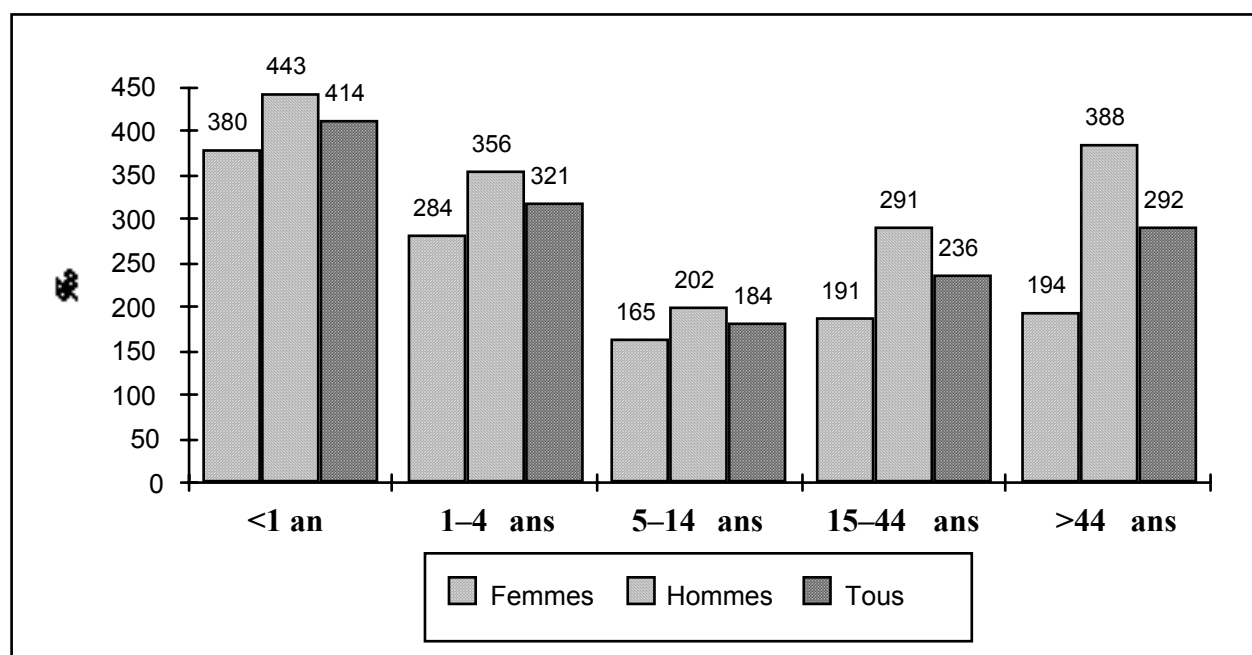


Figure 130 Prévalence mensuelle perçue par sexe et catégorie d'âge dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Les mêmes courbes en “U” selon l'âge se retrouvent pour les deux sexes. Toutefois, la prévalence apparente est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, pour chacune des cinq catégories d'âge. Pour les trois catégories d'âge des enfants, la prévalence des garçons est environ 1,2 fois plus élevée que celle des filles. Cet écart se creuse chez les adultes: la prévalence apparente des hommes de 15 à 44 ans est 1,5 fois supérieure à celle des femmes du même âge et celle des hommes de 45 ans et plus 2 fois supérieure. Il est remarquable que la prévalence apparente des femmes de 15 à 44 ans soit égale à celle des femmes de 45 ans et plus (un peu plus de 190 ‰), et à peine supérieure à celle des filles de 5 à 14 ans (165 ‰), catégorie de sexe et d'âge apparemment la moins malade. Par contre, après un minimum pour les garçons de 5 à 14 ans (202 ‰), la prévalence apparente augmente fortement pour les jeunes hommes (291 ‰), puis encore pour les hommes âgés (388 ‰). Toutes les différences de prévalence apparente entre les sexes pour une même catégorie d'âge, sauf pour les moins d'un an, sont statistiquement significatives.

Le questionnaire révèle donc que les classes d'âge qui enregistrent le plus fort taux d'utilisation des services de santé formels, calculé selon les registres de santé, sont également celles qui déclarent le plus de maladies. Lors de l'analyse du taux global d'utilisation des services de santé, nous avons déjà relevé que le niveau de consommation de soins externes modernes selon l'âge correspondait à la courbe en “U” caractéristique des besoins de soins en fonction de l'âge. Encourageant, ce constat laissait alors pourtant une question ouverte. La surconsommation des jeunes enfants est-elle pour autant proportionnelle à leurs besoins, eux aussi supérieurs à la moyenne? Nous pouvons à présent répondre à cette question importante.

Le Tableau 144 met en regard, par catégorie d'âge, le taux d'utilisation annuel moyen de l'ensemble des services de santé modernes formels ou non de la sous-préfecture de Ouessè pour les années 1992 à 1994 à la prévalence apparente mensuelle de treize affections, selon l'enquête de 1995. Ces deux séries de données, qui évoluent dans le même sens en fonction de l'âge, ne sont pas directement comparables. Par contre, les variations de leurs quotients selon l'âge permettent de vérifier pour quelles catégories d'âge les besoins potentiels de soins de santé,

révélés par la prévalence apparente, sont le mieux pris en charge par les services de santé modernes.

Ce sont de loin les enfants de moins d'un an qui bénéficient du meilleur quotient (2,75 pour une moyenne de 1,29). Proches de la moyenne, les adultes puis les enfants d'un à quatre ans suivent. Avec 0,71, les enfants de 5 à 14 ans ferment la marche, très en dessous de la moyenne. Ils se trouvent dans une position symétrique par rapport aux enfants de moins d'un an. Avec des besoins perçus et une utilisation des services de santé modernes maximaux, ces derniers bénéficient d'une surconsommation relative par rapport aux malades plus âgés. Avec les plus faibles besoins et utilisation des services de santé les enfants de 5 à 14 ans pâtissent au contraire d'une sous-utilisation relative par rapport aux autres malades. Ce résultat confirme partiellement un constat du même genre fait lors de l'étude des déterminants des actions thérapeutiques: plus les malades sont jeunes, plus ils bénéficient d'un fort taux de recours extérieur (tous types confondus) sans automédication préalable (cf. partie V, chap. 2a).

Tableau 144 Relation entre besoins perçus et demande effective de soins de santé modernes par âge (source: enquête domiciliaire 1995, registres de santé 1992, 1993 et 1994, et recensement de la population 1992 réactualisé).

	Prévalence apparente annuelle % (1)	Tx utilisation mensuel % (2)*	(2)/(1)
Enfants < 1 an	41.4	114	2.75
Enfants 1 à 4 ans	32.1	40	1.25
Enfants 5 à 14 ans	18.4	13	0.71
Adultes	25.0	34	1.36
Total	24.8	32	1.29

* Moyenne de 1992 à 1994 calculée pour l'ensemble des services de santé modernes de la sous-préfecture.

A tous les âges de la vie les hommes déclarent plus de cas de maladie que les femmes. La différence est particulièrement marquée à l'âge adulte. Pour les adultes au moins, nous nous attendions à la situation inverse, même si aucune des affections testées n'est spécifiquement liée à la grossesse. Il est toutefois utile de se souvenir que 63,4 % des répondants sont des hommes interrogés seuls et qu'ils ont fourni des informations sur les deux tiers des cas de maladie. Ces chiffres sont respectivement de 24,1 % et 19,8 % pour les femmes interrogées seules, et de 12,5 % et 14 % pour les entretiens en couple. Or il ressort du Tableau 145 que le sexe du répondant influence fortement le sexe des malades déclarés (mais pas l'âge lorsque l'on se contente de comparer les enfants aux adultes). Chaque sexe déclare plus de cas de maladie impliquant des personnes de son sexe que de l'autre sexe. Ainsi, presque 62 % de tous les cas déclarés par des hommes concernent des hommes, alors que 57 % des cas déclarés par les femmes impliquent des femmes. Ces différences jouent surtout pour les adultes: les femmes déclarent à peine plus de filles que de garçons, les hommes sensiblement plus de garçons que de filles (1,4 fois plus); par contre, les femmes déclarent 1,7 fois plus de femmes que d'hommes adultes et les hommes 1,9 fois plus d'hommes que de femmes adultes. Il semblerait donc que pères et mères ne fassent guère de différence selon le sexe en mentionnant les maladies de leurs enfants. Par contre, les adultes connaissent mieux ou citent plus volontiers leurs propres maladies que celles de leurs conjoints. Lorsqu'hommes et femmes répondent ensemble, la structure des cas déclarés est proche de celle caractérisant les répondants hommes. Cela ne nous étonne guère, dans la mesure où les femmes sont souvent restées assez passives lorsque leurs maris étaient également présents.

Une partie de la surdéclaration de cas du même sexe que celui du répondant s'explique par la structure par sexe des ménages. Il n'est pas rare que ce soit une femme qui ait répondu parce que le ménage ne compte pas du tout d'hommes adultes (veuvage, divorce) ou pas d'hommes adultes éligibles pour l'enquête (mari absent pour une longue période, mari polygame avec plusieurs foyers, absent lors du passage des enquêteurs). Parmi les adultes, le nombre de femmes est donc en moyenne supérieur à celui des hommes dans les ménages où c'est une femme qui a répondu. Il est alors normal d'y trouver davantage de femmes adultes malades que d'hommes. Le même raisonnement vaut pour les hommes, mais il est plus rare d'en trouver qui vivent sans femmes. Une autre partie de la différence provient sans doute d'un biais d'information et de mémoire: le répondant, quel que soit son sexe, connaît mieux son état de santé que celui des autres membres du ménage et il oublie moins facilement ses propres cas de maladie passés. Or comme les femmes sont bien moins nombreuses que les hommes parmi les répondants, il en résulte une majorité d'hommes adultes parmi les cas déclarés. Ce raisonnement ne tient cependant pas pour les enfants. Puisqu'il y a quasi autant de filles que de garçons parmi les enfants, le fait que les hommes déclarent 1,4 fois plus de cas masculins que féminins parmi les enfants doit plus ou moins correspondre à la réalité, à moins de supposer que les pères se préoccupent plus de la santé de leurs garçons que de celle de leurs filles, ce que rien ne laisse présumer.

Tableau 145 Nombre de cas de maladie déclarés par sexe et âge, selon le sexe des répondants dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Femmes						Hommes						Total général	
	Enfants		Adultes		Total		Enfants		Adultes		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Homme	180	21.1	146	17.1	326	38.2	255	29.9	273	32.0	528	61.8	854	100.0
Femme	62	24.2	84	32.8	146	57.0	59	23.0	51	19.9	110	43.0	256	100.0
Homme et femme	42	23.3	31	17.2	73	40.6	48	26.7	59	32.8	107	59.4	180	100.0
Total	284	22.0	261	20.2	545	42.2	362	28.1	383	29.7	745	57.8	1290	100.0

En conclusion, il est très vraisemblable que la sous-déclaration de cas est plus fréquente pour les enfants que pour les adultes et pour les femmes adultes que pour les hommes adultes. Les écarts de prévalence entre adultes, bien visibles sur la Figure 130, sont sans doute un peu exagérés. Par contre, il est probable que l'écart réel entre enfants et adultes soit en réalité légèrement plus important qu'indiqué.

Prévalence apparente par diagnostic

La prévalence apparente mensuelle par diagnostic fournit, à un moment donné, la structure par affection des besoins perçus en soins de santé. Elle permet de mesurer l'écart entre les besoins perçus par symptôme ou maladie et les affections effectivement diagnostiquées dans les services de santé. Il est ainsi possible de repérer les maladies relativement sur- et sous-représentées dans chaque service au regard des besoins (en étant conscient que les diagnostics profanes et professionnels ne coïncident pas forcément). De la sorte, il est possible d'évaluer la confiance de la population envers chaque type de services pour la prise en charge des différentes affections. Il s'agit là d'un outil précieux pour prendre conscience des lacunes d'un service et y remédier. La seule analyse des diagnostics figurant dans les registres de santé ne saurait suffire à cet effet. Elle n'indique en effet pas si une maladie très peu diagnostiquée est rare ou si les malades préfèrent utiliser d'autres recours. Nous ne nous livrerons que très superficiellement à

cet exercice, qui nous éloignerait par trop de notre propos. Notre objectif se limite ici à fournir une image globale de la prévalence apparente par pathologie, avant d'examiner, plus loin, les variations géographiques des plus fréquentes d'entre elles.

Comme la plupart des maladies sévissant dans la zone étudiée sont infectieuses ou parasitaires, bon nombre d'entre elles présentent un caractère saisonnier marqué. Une enquête de prévalence mensuelle ne fournit donc qu'un instantané de la situation, qui ne saurait être généralisé à l'ensemble de l'année. Notre enquête s'est déroulée sur presque trois semaines, entre fin janvier et mi-février 1995. La période de remémoration étant d'un mois, les informations recueillies portent donc sur une période de transition entre la saison sèche froide et la saison sèche chaude. Il s'agit d'un des moments les plus salubres de l'année, bien que certaines maladies se concentrent essentiellement durant cette période ou peu avant (maladies respiratoires, méningite...).

Des treize catégories d'affections investiguées, deux arrivent largement en tête. Il s'agit du "paludisme femelle" et de la toux accompagnée de fièvre, avec des prévalences apparentes mensuelles de respectivement 72 ‰ et 61 ‰ (cf. Figure 131). Viennent ensuite les affections gastro-intestinales: diarrhée (35 ‰) et dysenterie (30 ‰), puis, nettement plus loin, le "paludisme mâle" (14 ‰), le *manyen* (11 ‰), les hernies (9 ‰, sur un an). Un dernier groupe d'affections, rarement ressenties, ferme la marche: le rhumatisme (6 ‰), l'"attaque" (5 ‰), les morsures de serpents (3 ‰, sur un an), les traumatismes non bénins (2 ‰), la rougeole (moins de 2 ‰) et finalement les maladies sexuelles transmissibles (1 ‰).

Ainsi, malgré la saison peu favorable aux anophèles, le paludisme est la maladie testée enregistrant la prévalence perçue le plus élevée. Pour la sous-préfecture de Ouessè, tout comme pour l'ensemble du Bénin, le paludisme constitue aussi la principale cause de consultation dans les services de santé modernes, en moyenne annuelle (88 nouvelles consultations pour 1'000 habitants en 1994 pour la sous-préfecture de Ouessè).

Favorisées par les "basses" températures de la saison froide et par l'harmattan, la toux avec fièvre est cependant presque aussi fréquente que le paludisme en début d'année. Pour l'ensemble des maladies respiratoires, la prévalence annuelle exprimée par une consultation arrive en troisième position dans la sous-préfecture de Ouessè, avec 32 ‰.

Si l'on regroupe les cas de diarrhée et de dysenterie, les affections gastro-intestinales déclarées sont un peu plus fréquentes que la toux accompagnée de fièvre (65 ‰ contre 61 ‰). L'ensemble des affections gastro-intestinales traitées dans les services de santé modernes de la sous-préfecture en 1994 arrivent aussi au deuxième rang des diagnostics, avec une prévalence annuelle de 47 ‰. Alors que le paludisme, la diarrhée et la dysenterie ainsi que la toux avec fièvre constituent presque 80 % du total des cas déclarés pour les treize diagnostics étudiés, ils représentent 54 % (y compris les parasitoses intestinales et les affections ORL) de tous les nouveaux cas traités dans les services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè en 1994. Que ce soit pour la prévalence perçue ou la prévalence exprimée auprès d'un service de santé moderne (l'écrasante majorité des consultations), ces trois grandes catégories d'affections arrivent en tête, dans le même ordre.

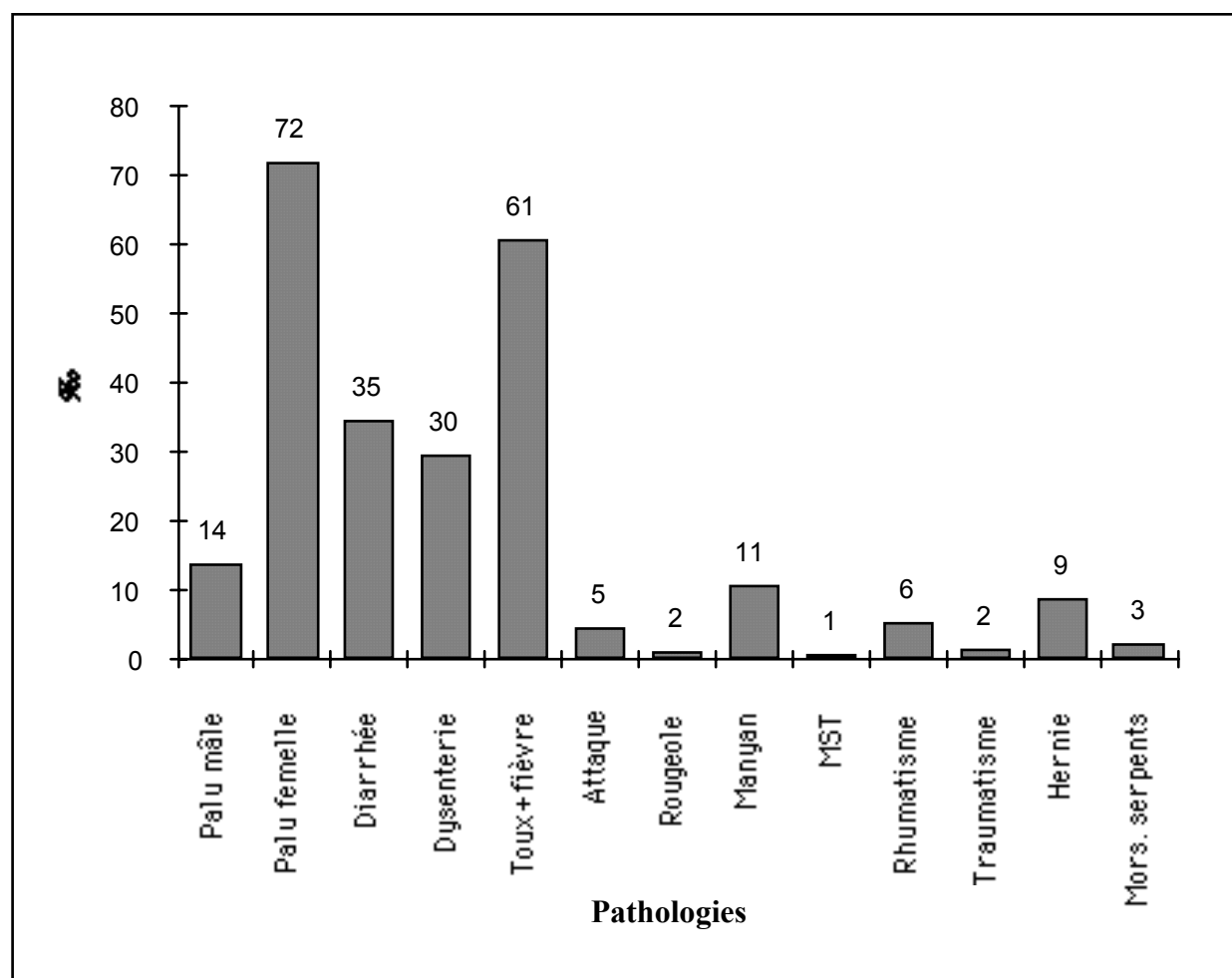


Figure 131 Prévalence mensuelle apparente par pathologie dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

N.B. La prévalence est annuelle pour les morsures de serpents et les hernies.

En 1994, les affections que nous avons classées comme uro-génitales (maladies sexuellement transmissibles, désir de grossesse, maladies en cours de grossesse...) arrivent en quatrième position par le nombre de nouvelles consultations (29 %). Les maladies sexuellement transmissibles en constituent une part importante, mais non autonome, dans la mesure où elles sont souvent diagnostiquées pendant une grossesse ou lors d'une consultation pour stérilité. C'est donc rarement la maladie sexuellement transmissible en soi qui amène à consulter un service de santé moderne. Et encore, une partie de ces dernières consultations sont aussi indirectement la conséquence d'un suivi de grossesse: lorsqu'une maladie sexuellement transmissible est détectée chez une femme enceinte à l'hôpital Saint-Martin, les agents de santé invitent le mari et les éventuelles coépouses à venir consulter. Malgré la fréquence avérée des maladies sexuelles transmissibles dans la sous-préfecture de Ouessè, la prévalence perçue... et avouée de 1 ‰ est notoirement sous-évaluée. Deux phénomènes se conjuguent pour l'expliquer. D'une part, il semble qu'il y ait une certaine réticence à signaler de telles maladies. Et cela d'autant plus qu'une partie des entretiens se sont déroulés en présence du conjoint, des enfants, voire de voisins. La personne qui a répondu n'a de plus pas forcément été informée par son conjoint et ses grands enfants de la présence d'une telle maladie dans le ménage. D'autre part, il semble aussi que beaucoup d'infections uro-génitales soient ignorées ou du moins minimisées.

Le "paludisme mâle", le *manyen* et l'"attaque" sont considérés comme des problèmes de santé importants, à la fois par leur fréquence non négligeable (5 à 14 ‰ par mois) et leur gravité

perçue. Ces affections n'ont pas de correspondant biomédicaux certains et univoques. Le "paludisme mâle" serait l'ictère, le *manyen* serait la candidose digestive et l'"attaque" renvoie à des convulsions caractéristiques des bras peut-être causées par le neuropaludisme et/ou le tétanos. Dans ces cas de figure, il est délicat, sinon impossible, de comparer la prévalence perçue à la prévalence diagnostiquée.

La prévalence perçue de la rougeole (1 à 2 ‰ globalement et 6 ‰ pour les enfants d'un à quatre ans) confirme ce que les très rares consultations pour ce motif et les entretiens avec la population suggéraient déjà: la rougeole n'est plus dans la sous-préfecture de Ouessè un problème de santé public majeur. Le taux de couverture vaccinale doit toutefois être maintenu, voire renforcé, la rougeole étant loin d'être éradiquée. De plus, la rougeole sévissant par épidémie, il est difficile d'estimer d'une manière fiable son statut à partir d'un seul mois d'observation. Or manifestement les huit cas déclarés ne relèvent pas d'une épidémie, puisqu'ils se répartissent entre sept villages.

Extrapolés à l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè, les prévalences annuelles apparentes de hernie (9 ‰) et de morsures de serpents (3 ‰) correspondent respectivement à 518 et 148 cas pour l'année 1995. Le potentiel réel d'opérations de la hernie est toutefois moins élevé, puisqu'une partie des cas déclarés sont chroniques et ont duré plus d'une année.

Par ordre d'importance décroissant, les traumatismes constituent le cinquième motif de consultation dans les services de santé modernes de la sous-préfecture en 1994, avec une prévalence exprimée de 19 ‰. Le nombre de traumatismes non bénins déclarés pour le mois précédant le passage des enquêteurs est pourtant plus faible que ce classement laisserait supposer. Ce décalage s'explique par la forte proportion des traumatismes qui débouchent sur une consultation (cf. partie IV, chap. 2c).

Le rhumatisme (et la drépanocytose, qui lui est assimilé par la population et par la plupart des agents de santé) est très rarement diagnostiqué dans les services de santé modernes. Pourtant, sa prévalence mensuelle apparente est de 6 ‰ et beaucoup de cas sont chroniques. Le rhumatisme constitue un exemple typique d'affections pour lesquelles les services de santé modernes de la sous-préfecture n'ont quasi rien à offrir, à supposer même que le bon diagnostic soit posé.

Il est trivial de relever que certaines maladies frappent essentiellement les enfants, particulièrement les plus jeunes d'entre eux, alors que d'autres touchent surtout les adultes ou même les adultes au-delà d'un certain âge. De même, il est connu que certaines maladies ont une prédilection toute particulière pour l'un ou l'autre sexe, ou du moins s'expriment plus fréquemment chez l'un que l'autre, en fonction de facteurs de risque différents. Pour d'autres maladies, au contraire, il ne devrait pas y avoir a priori une prévalence différente entre les sexes. Qu'en est-il pour l'échantillon étudié? Est-ce que les besoins perçus en soins de santé pour une affection donnée diffèrent selon le sexe et l'âge?

Rappelons d'abord que la prévalence apparente globale des treize affections est significativement plus élevée pour les hommes que pour les femmes (292 contre 206 ‰, soit 1,4 fois plus). Il faut donc s'attendre à ce que pour la plupart des affections testées la prévalence apparente soit plus élevée pour les hommes. C'est effectivement le cas pour onze d'entre elles, ce qui n'empêche pas que la structure des affections déclarées soit significativement différente entre les sexes ($p = 0,0003$).

Seule la prévalence apparente de la toux accompagnée de fièvre et du *manyen* est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (1,1 fois plus dans les deux cas, cf. Figure 132). Le rhumatisme est un peu plus fréquent chez les hommes (1,2 fois), mais dans une moindre proportion que pour l'ensemble des affections. Pour toutes les autres affections, la prévalence

enregistrée chez des hommes est plus élevée à la fois que chez les femmes et que le rapport moyen des prévalences des deux sexes, toutes pathologies confondues (1,4). L'écart est particulièrement accusé pour les hernies, 3,2 fois plus fréquentes chez les hommes que les femmes, pour les morsures de serpents (2,6 fois) et les traumatismes (2,4 fois), sans parler des maladies sexuellement transmissibles dont les cinq cas ne concernent que des hommes (mais apparemment pas leurs femmes!).

Selon la population, la hernie est liée aux durs travaux champêtres, surtout les défrichements et les labours réservés aux hommes. Ce que semble confirmer notre enquête puisque seuls 3 cas sur 49 concernent des enfants et que les hommes sont nettement plus touchés que les femmes. La hernie étant une affection chronique, il n'est cependant pas exclu que les chefs de ménages aient plus souvent oublié de mentionner les cas de leurs épouses que les leurs (mais le faible écart entre les sexes pour le rhumatisme, autre maladie chronique, n'appuie guère cette hypothèse). Les morsures de serpents sont elles aussi souvent liées aux travaux agricoles, particulièrement aux défrichements, et dans une moindre mesure à la chasse. Ici encore les hommes sont plus exposés que les femmes. La plus grande fréquence des traumatismes chez les hommes n'est pas explicable. Il ne faut d'ailleurs pas lui accorder une trop grande importance, vu le nombre de cas très limité (dix). Comme six d'entre eux impliquent des enfants, cette différence ne peut pas être attribuée à des accidents de travail surreprésentés chez les hommes (coup de coupe-coupe), ni aux accidents de la circulation, a priori plus fréquents chez les hommes. Les bagarres, autre cause importante de traumatisme chez les adultes, semblent impliquer aussi souvent un sexe que l'autre. En fait, pour la plupart des affections, nous ne pouvons que constater une différence de prévalence apparente entre les sexes, sans pouvoir l'expliquer, ni même proposer une hypothèse.

Si en moyenne il n'y a pas de différence de prévalence perçue entre enfants et adultes, la situation devient très contrastée lorsque chaque affection est examinée séparément. Il existe une association statistique très significative ($p = 0,0001$) entre la prévalence apparente des treize affections et l'âge des malades. Cela est aussi vrai lorsque l'on compare simplement les enfants aux adultes, que lorsque l'on compare chacune des cinq catégories d'âge (moins d'un an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 44 ans et plus de 44 ans) aux quatre autres.

Certaines maladies sont typiquement infantiles. Il s'agit du *manyen*, de l'"attaque" et de la rougeole, avec des prévalence apparentes de respectivement 21 %, 9 % et 3 % pour les enfants et de 0 % à moins de 0,5 % pour les adultes. D'autres, au contraire, ne frappent quasiment que les adultes. C'est évidemment le cas des maladies sexuellement transmissibles, des morsures de serpents et des hernies. Les serpents sont assez rares dans les villages en raison du couvert végétal limité et de la chasse assidue dont ils sont l'objet. L'absence presque totale de végétation y limite de plus les contacts accidentels, lors desquels les serpents, surpris, mordent plutôt que de fuir. Les plus jeunes enfants ne vont pas aux champs ou en brousse, où ont lieu la plupart des morsures. Plus grands, ils aident leurs parents dans leurs travaux champêtres, mais y sont souvent moins assidus, notamment à cause de l'école. De plus, comme les femmes, ils ne participent guère aux travaux pénibles de préparation des champs en début de saison agricole, travaux parmi les plus risqués au regard des morsures de serpents.

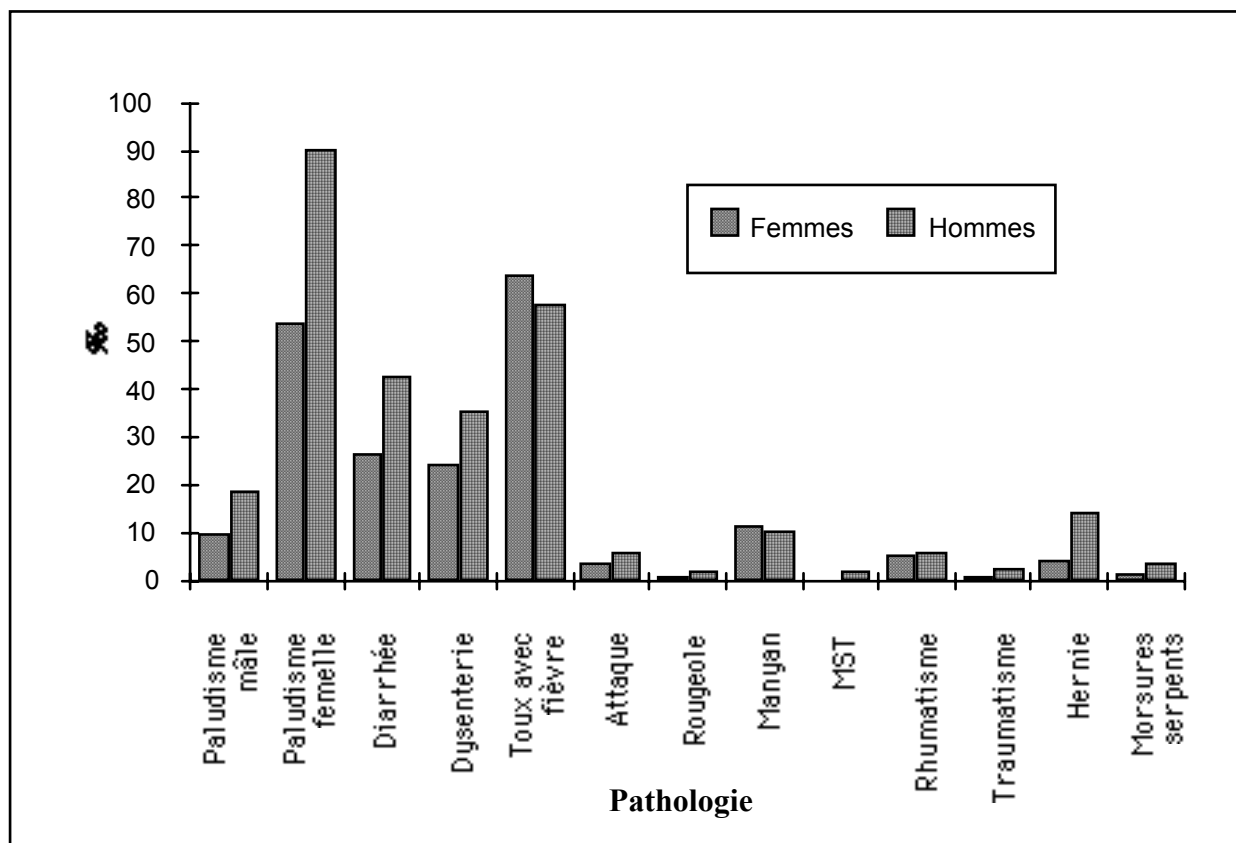


Figure 132 Prévalence mensuelle perçue par pathologie et sexe dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Sans relever aussi exclusivement d'une seule catégorie d'âge, d'autres maladies impliquent nettement plus souvent l'une que l'autre. La dysenterie frappe apparemment beaucoup plus souvent les adultes que les enfants (2,5 fois plus), alors que c'est l'inverse pour les autres maladies diarrhéiques, deux fois plus fréquentes chez les enfants que chez leurs parents. Cette différence statistiquement très significative ($p = 0,0001$) est a priori étonnante dans la mesure où le mode de transmission de la dysenterie (généralement amibienne) et des autres maladies diarrhéiques est similaire. Enormément de jeunes enfants souffrent de parasitoses intestinales. L'habitude de déféquer à l'air libre aux abords immédiats des villages et même des maisons y contribue beaucoup. Les enfants se contaminent en jouant par terre. La prévalence supérieure de diarrhées chez les enfants était donc prévisible. Mais nous ne nous attendions pas à ce qu'il en aille autrement pour la dysenterie. Il se peut que la maladie appelée *zenti* ou *zenkwinkwin* en *mahi* et *gbigbin* en *nagot*, et que nous avons, selon les indications de plusieurs informateurs, traduit par dysenterie ne corresponde en fait pas à la dysenterie.

Le rhumatisme est sans surprise plus fréquent chez les adultes que chez les enfants (1,6 fois plus). Toutefois, cette maladie est loin d'être négligeable chez ces derniers (4 %). Absent chez les enfants de moins de 5 ans, le rhumatisme est même aussi fréquent chez les enfants de 5 à 14 ans que chez les adultes de 15 à 44 ans (7 %), alors qu'il tend à diminuer pour les adultes plus âgés (5 %). Or le rhumatisme – et toutes les affections ostéo-musculaires appelées ainsi localement – est une affection souvent dégénérative et chronique qui n'apparaît généralement pas avant l'âge adulte et tend à se renforcer ensuite. Cela suggère qu'une partie importante des cas de rhumatisme signalés sont en fait des cas de drépanocytose, une maladie congénitale grave qui se manifeste à partir de quelques mois.

La prévalence déclarée des traumatismes est 1,4 fois plus élevée chez les enfants que chez leurs parents. Mais encore une fois, le nombre de cas total est limité. Aussi bien pour les uns que

les autres, les causes de traumatismes sont nombreuses. Elles diffèrent cependant sensiblement selon l'âge. Les enfants se brûlent avec les feux des cuisines ou les marmites bouillantes, ils s'empoisonnent avec les médicaments de la réserve familiale, les produits phytosanitaires et les produits pétroliers stockés en bidons en plastique ou en bouteilles dans les maisons, se blessent en tombant... Pour les adultes, les principaux risques sont les accidents de travail, les accidents de la circulation, les coups, les empoisonnements volontaires (tentatives de suicide et vengeances sur autrui)...

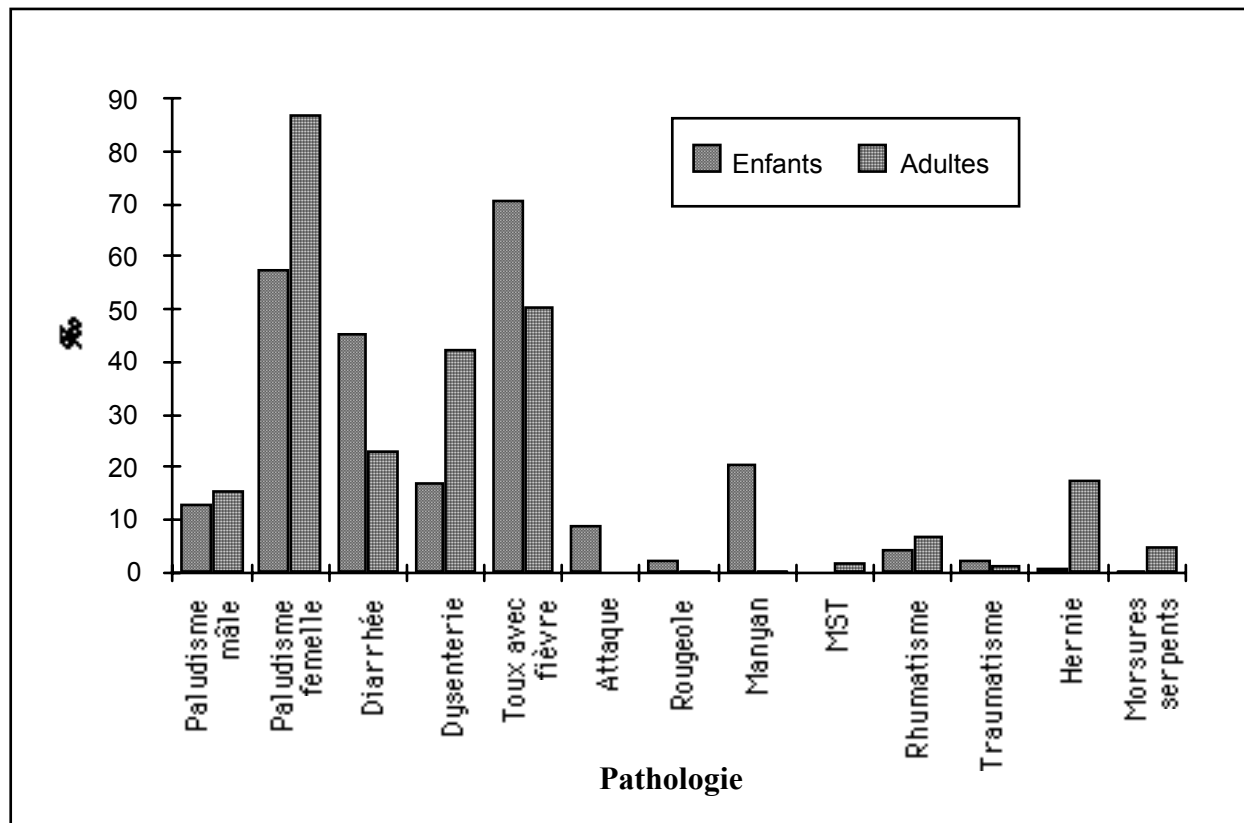


Figure 133 Prévalence mensuelle perçue par pathologie et âge – enfants/adultes – dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Le “paludisme femelle” est sensiblement plus fréquent chez les adultes que chez les enfants (87 % contre 58 %), alors que les enfants passent communément pour plus sensibles à cette maladie. Après quelques années d'exposition aux *Plasmodium*, une immunité partielle acquise (prémunité) protège en effet les populations vivant en zones d'endémie. Toutefois, cette prémunité atténue plus la gravité que la fréquence du paludisme. Le “paludisme mâle” (ictère) est aussi un peu plus fréquent chez les adultes que chez les enfants (1,2 fois).

Il résulte de ces différences de prévalence selon l'âge que l'ordre des maladies les plus fréquentes chez les adultes et chez les enfants n'est pas le même. Pour les adultes, le “paludisme femelle” arrive en tête, suivi par la toux avec fièvre, la dysenterie, la diarrhée, la hernie, le “paludisme mâle”, le rhumatisme et les morsures de serpents. Pour les enfants, la toux avec fièvre est l'affection la plus fréquente, précédant le “paludisme femelle”, la diarrhée, le *manyen*, la dysenterie, le “paludisme mâle”, l’“attaque” et le rhumatisme. Mais aussi bien pour les uns que pour les autres, les cinq premières pathologies sur treize constituent ensemble environ 87 % du total des affections.

Un découpage plus fin, en cinq catégories d'âge, permet d'affiner cette première approche pour certaines pathologies en dégagant clairement des tendances (cf. Figure 134). Si la

tendance générale en fonction de l'âge, toutes affections confondues, est définie par une courbe en U, il ne devrait pas en aller ainsi pour chaque affection prise séparément, puisque nous venons de voir que certaines d'entre elles sont propres aux enfants, d'autres aux adultes et que les autres frappent rarement les uns et les autres avec une intensité égale.

Le "paludisme mâle" se caractérise par une prévalence apparente minimale pour les enfants de moins d'un an (4 ‰) et maximale pour les adultes de 45 ans et plus (21 ‰). Dans une position intermédiaire, les autres catégories d'âge ne se démarquent pas les unes des autres. La prévalence perçue du "paludisme femelle" augmente régulièrement avec l'âge, passant de 21 ‰ pour les enfants de moins d'un an à 99 ‰ pour les adultes de 45 ans et plus. En théorie, la virulence des attaques palustres devrait par contre suivre le chemin inverse, mais en se stabilisant rapidement vers 5 à 7 ans. La diarrhée est particulièrement fréquente chez les enfants de moins d'un an (105 ‰) et ceux de 1 à 4 ans (80 ‰). Son intensité chute ensuite, pour se renforcer à nouveau chez les adultes les plus âgés (42 ‰). Une enquête épidémiologique menée début octobre 1988 dans la sous-préfecture de Ouessè fournit des valeurs nettement plus élevées: 30,6 % des enfants de moins de 5 ans avaient eu des diarrhées dans les 15 jours précédant l'enquête et 13,4 % en avaient le jour de l'enquête (VALDEZ, 1988). La méthode utilisée consistait à sélectionner un échantillon d'enfants selon la méthode du PEV, puis à administrer un questionnaire pour chacun d'entre eux. Le risque d'oubli est alors moindre qu'avec notre méthode – dont le but premier n'était pas, rappelons-le, d'établir la prévalence des maladies –, dans laquelle on demandait si quelqu'un du ménage avait souffert de diarrhée durant le mois écoulé¹.

La prévalence apparente de la dysenterie évolue en dents de scie pour les quatre premières catégories d'âge (8 à 32 ‰), avant d'augmenter fortement pour les adultes de 45 ans et plus (78 ‰). Cette nette surreprésentation de la maladie chez les adultes d'âge mûr nous laisse perplexe: parle-t-on de la même chose? s'agit-il vraiment de dysenterie?

La toux accompagnée de fièvre atteint son maximum de fréquence chez les enfants de moins d'un an (93 ‰). Sa fréquence diminue ensuite régulièrement jusqu'aux adultes de 15 à 44 ans (45 ‰), avant de remonter pour les adultes plus âgés (69 ‰). L'"attaque" ne concerne que les jeunes enfants. Sa fréquence apparente est de 21 ‰ pour les enfants de moins d'un an et de 17 ‰ pour ceux de 1 à 4 ans. Les enfants de 5 à 14 ans en sont presque épargnés (3 ‰), les adultes totalement. Avec des prévalences bien plus élevées, le schéma est le même pour le *manyen*. Les prévalences sont alors respectivement de 135, 27 et 1 ‰ pour les trois catégories d'enfants. Autre maladie infantile, la rougeole (non représentée sur la Figure 134 en raison du nombre très limité de cas) semble épargner les enfants de moins d'un an. Elle frappe essentiellement les enfants de 1 à 4 ans (6 ‰) et marginalement ceux de 5 à 15 ans (1 ‰) et les adultes de 15 à 44 ans (1 ‰).

A l'inverse, le rhumatisme, la hernie et les morsures de serpents sont rares ou inexistants chez les enfants. Nous avons déjà vu un peu plus haut en détail le cas du rhumatisme. La hernie augmente clairement avec l'âge. Absente chez les moins d'un an, marginale chez les enfants de 1 à 4 ans (1 ‰ à 2 ‰), sa prévalence apparente annuelle atteint respectivement 13 ‰ et 32 ‰ pour les adultes de 15 à 44 ans et ceux de 45 ans et plus. Aucun enfant de moins de cinq ans n'a été mordu par un serpent durant l'année précédant l'enquête. Les enfants de 5 à 14 ans restent presque épargnés (1 ‰), mais les adultes, surtout les plus jeunes – et donc les plus actifs – d'entre eux, sont plus durement touchés (respectivement 5 ‰ et 3 ‰).

¹ Pour la fièvre, la méthode de Valdez débouche sur une prévalence déclarée encore plus élevée que pour la diarrhée: 71,5 % des enfants de moins de cinq ans avaient souffert de la fièvre durant le mois écoulé (et non pas la quinzaine écoulée comme pour la diarrhée). Le mois en question était celui de septembre, pendant le pic de paludisme.

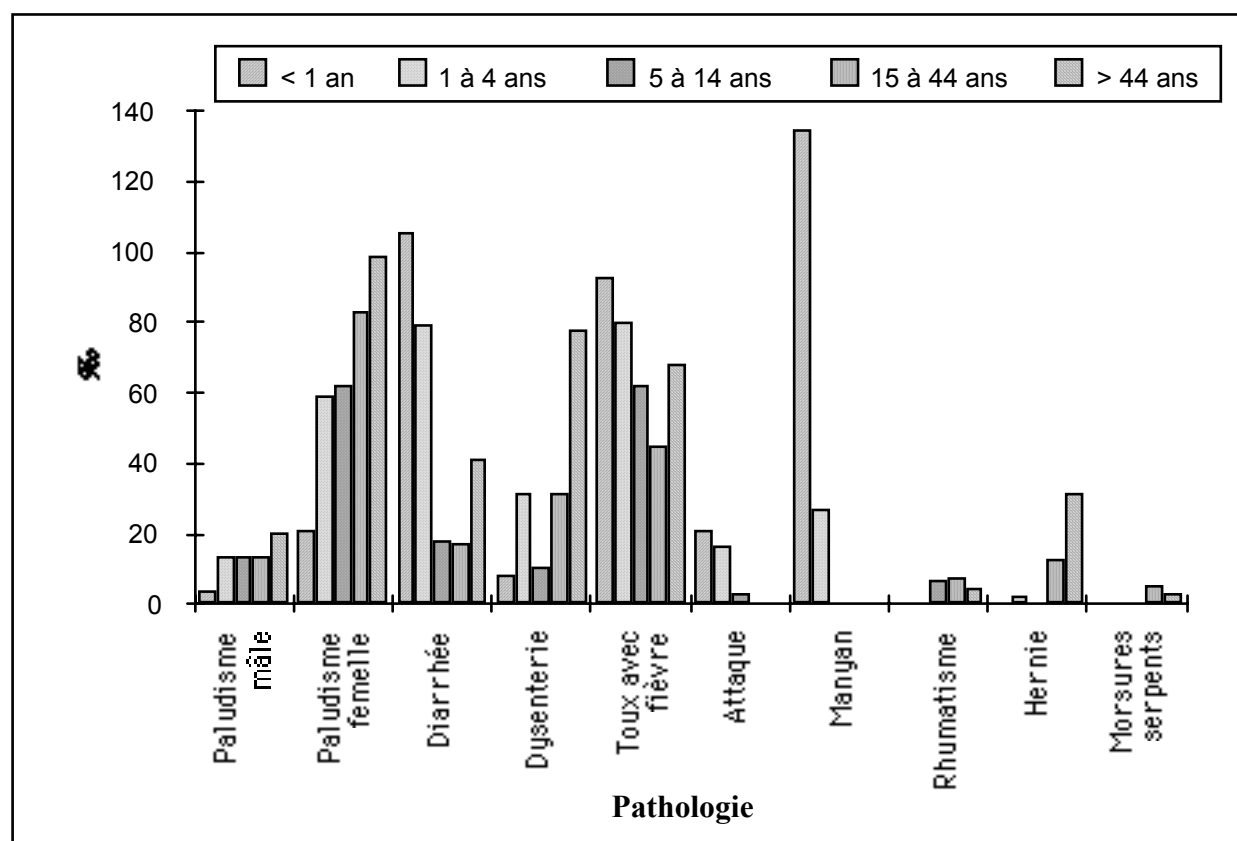


Figure 134 Prévalence mensuelle perçue par pathologie pour cinq catégories d'âge dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Beaucoup mieux que le nombre absolu de cas par catégorie d'âge, la prévalence permet de jauger la fréquence de chaque maladie selon l'âge. Il apparaît alors que les enfants de moins d'un an enregistrent des prévalences mensuelles records pour certaines affections. C'est le cas du *manyen* (135 %), de la diarrhée (105 %) et de la toux avec fièvre (93 %). Seul le "paludisme femelle" chez les adultes de 45 ans et plus atteint un niveau comparable (99 %). Si, toutes pathologies testées confondues, nos chiffres confirment que les très jeunes enfants sont particulièrement exposés à la maladie, ce risque est exceptionnellement élevé pour quelques maladies. Ainsi, le *manyen* semble constituer un véritable problème de santé publique, sous-estimé par les services de santé modernes. La population a d'ailleurs une confiance modérée en leur capacité à guérir cette maladie, considérée comme l'une des plus graves parmi celles testées. En cas de *manyen*, les recours extérieurs constituent 22,8 % des premières actions thérapeutiques, alors que cette proportion se monte en moyenne à 41,8 % pour l'ensemble des cas impliquant des enfants de moins d'un an et à 31,4 % pour les enfants de 1 à 4 ans. De plus, le *manyen* est l'affection pour laquelle les médicaments modernes ont le moins souvent été utilisés en automédication.

Une large diffusion des connaissances et pratiques permettant de limiter la fréquence de la diarrhée et de la prendre en charge efficacement au niveau familial (solution de réhydratation orale) devrait également constituer une priorité sanitaire. Des efforts ont déjà été entrepris dans ce sens, il s'agit maintenant de les renouveler. Plus que d'indéniables problèmes pratiques de mise en oeuvre pour les parents, il existe un manque d'information sur les causes de la diarrhée et sur les moyens de la prévenir (cf. partie V, chap. 2b).

Les mêmes campagnes d'information et surtout d'actions concrètes devraient être menées pour limiter la prévalence du paludisme, qui reste trop élevée dans notre enquête, tous âges

confondus, au vu de la saison peu propice aux anophèles. En créant de nombreux gîtes dans et autour des villages, les gens favorisent la multiplication et la pérennisation des anophèles tout au long de l'année. Le problème majeur au lancement de telles campagnes est que les agents de l'Etat – même les agents de santé pourtant les plus directement impliqués – ne conçoivent la lutte contre le paludisme qu'en termes de traitement. Il existe un réel décalage entre le discours officiel du Ministère de la santé publique, qui fait de la prévention en général un de ses principaux chevaux de bataille, et la pratique des agents de santé de terrain. Quelques faits – anecdotiques sans doute, mais ô combien révélateurs! – illustrent le fossé à combler entre le discours et la réalité.

Nous avons assisté à une des réunions mensuelles du CODIR de la sous-préfecture de Ouessè (comité de direction rassemblant tous les médecins, infirmiers et sages-femmes des services de santé publics). La partie administrative est généralement suivie par un exposé préparé par deux agents de santé. Un débat animé est ensuite ouvert. Le paludisme, maladie de loin la plus fréquemment diagnostiquée dans la sous-préfecture et dans l'ensemble du Bénin, rappelons-le, était au programme. Exposé, questions, débat ont duré plus de deux heures. La chimioprophylaxie du paludisme a été abordée assez rapidement, alors que les moyens de lutte contre les vecteurs ont à peine été mentionnés dans l'exposé. Ils ne furent pas repris dans la discussion. Comme au terme de la séance le médecin-chef nous demandait un commentaire sur l'exposé et la discussion, nous nous sommes étonnés du peu de place laissé à la prévention et à la lutte antivectorielle en particulier. Il nous répondit que bien sûr, cela était important, que tout le monde le savait, qu'il faut commencer par là, etc. Un infirmier surenchérit, affirmant que l'Afrique avait ses réalités que les étrangers ne pouvaient pas comprendre et qu'il était illusoire de croire que la population en viendrait un jour à utiliser des moustiquaires. Nous n'avons alors pu nous empêcher de remarquer que le grand caniveau à ciel ouvert construit pour évacuer l'eau de pluie devant l'hôpital (avec une école primaire en face!) était ensablé et servait de gîte larvaire durant de longs mois, qu'un bassin cimenté situé entre les maisons des deux médecins et inutilisé depuis la fin de la construction de l'hôpital se remplissait chaque été pour ne s'assécher que très progressivement, que de tels bassins, qui permettaient de stocker l'eau durant la construction, existaient devant beaucoup de bâtiments publics de la sous-préfecture (écoles, maternités, mairies)... Signalons encore que le médecin-chef se plaignait régulièrement de l'abondance de moustiques à l'hôpital et du fait que les personnes hospitalisées pour une raison quelconque en ressortaient souvent avec le paludisme. Il fallut insister un peu et attendre environ un an pour qu'un coup de pioche vienne vider définitivement le bassin de l'hôpital. Pour le reste, rien n'a changé.

Vers une géographie des états de santé perçus

Dans la présentation de la sous-préfecture de Ouessè et dans l'analyse de la fréquentation des services de santé modernes à travers les registres de santé, nous avons mis en évidence l'existence de différences notables entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Nous voulons maintenant vérifier, dans un premier temps, si ces deux moitiés de la sous-préfecture se distinguent également par la prévalence des maladies perçues par les habitants. Dans un deuxième temps, nous analyserons les éventuelles disparités de santé entre les treize villages de notre échantillon. Notre but n'est pas d'expliquer la géographie de la prévalence apparente dans la sous-préfecture de Ouessè, mais d'évaluer les disparités interrégionales et intervillageoises de besoins potentiels en soins de santé. Cette géographie de la prévalence apparente sera brièvement complétée par une géographie de la gravité perçue des maladies.

Une prévalence apparente plus élevée dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture

La Figure 135 révèle une prévalence apparente des treize catégories d'affections étudiées nettement plus élevée dans les huit villages de l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (273 ‰ en moyenne) que dans les cinq villages de l'Est (211 ‰). Cette différence est statistiquement très significative ($p = 0,0001$). Si l'on extrapole ce résultat à l'ensemble de la sous-préfecture et des affections, on peut conclure que l'état de santé apparent des habitants de l'Est est meilleur que celui des habitants de l'Ouest. Et donc aussi que les besoins perçus de soins de santé des premiers sont inférieurs à ceux des seconds.

Nous avons vu dans la troisième partie que le taux d'utilisation de tous les services de santé modernes confondus se caractérise par une grande stabilité de 1992 à 1994 et par une surutilisation, elle aussi stable, des habitants de l'Ouest par rapport à ceux de l'Est. Nous avons largement attribué cette différence à la meilleure accessibilité globale des services de santé modernes de l'Ouest. Nous constatons maintenant qu'un autre facteur explique aussi pourquoi les habitants de l'Est utilisent environ 1,4 fois moins souvent (selon l'étude exhaustive des registres sur trois ans et non pas selon l'enquête, beaucoup plus ponctuelle et moins large) les services de santé modernes que ceux de l'Ouest: le nombre de cas de maladie perçue y est presque 1,3 fois inférieur (selon l'enquête). La consommation de soins modernes est donc plus faible dans l'Est en partie parce que les besoins perçus y sont plus limités.

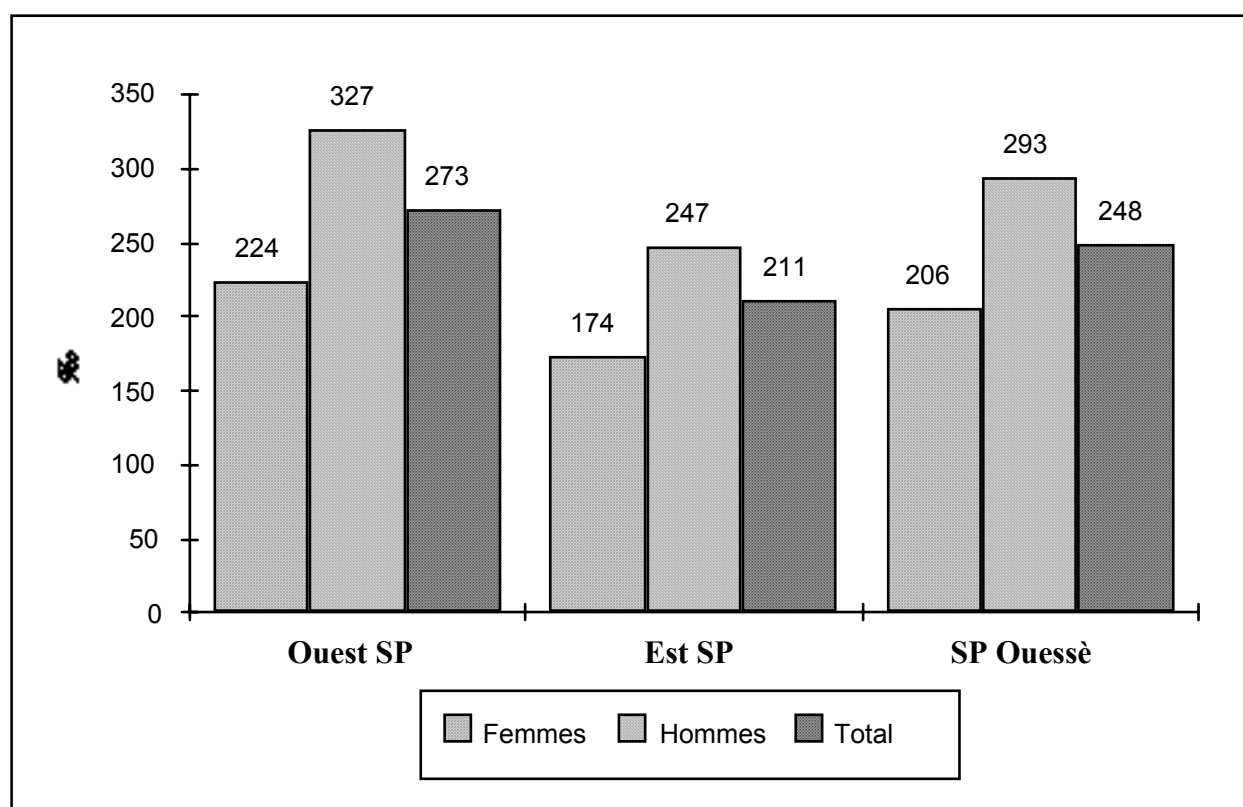


Figure 135 Prévalence apparente par sexe de treize affections dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Pour 1'000 habitants, l'est de la sous-préfecture de Ouessè compte 190 personnes différentes malades, pour 240 dans l'Ouest. Cette différence est statistiquement très significative ($p = 0,0001$). Le nombre moyen de cas enregistrés par malade ne diffère par contre pas d'une région à l'autre (respectivement 1,12 et 1,14 cas par malade). Cela suggère que la prévalence

apparente supérieure à l'Ouest concerne l'ensemble de la population et non pas une minorité qui y cumulerait de nombreuses maladies.

A l'est comme à l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, les femmes ont une prévalence apparente des maladies 1,3 fois inférieure à celle des hommes (cf. Figure 135). Cette différence est statistiquement très significative pour chacune des deux moitiés de la sous-préfecture ($p = 0,0001$).

Les enfants de l'est de la sous-préfecture sont significativement moins souvent malades que ceux de l'Ouest (respectivement 210 ‰ et 267 ‰, $p = 0,0008$). Il en va de même pour les adultes de l'Est (respectivement 211 ‰ et 279 ‰, $p = 0,0001$). Lorsque l'on distingue cinq catégories d'âge, la prévalence apparente à l'Est est toujours inférieure à celle de l'Ouest (cf. Figure 136). Mais la structure des prévalences par âge reste très proche entre les deux moitiés de la sous-préfecture.

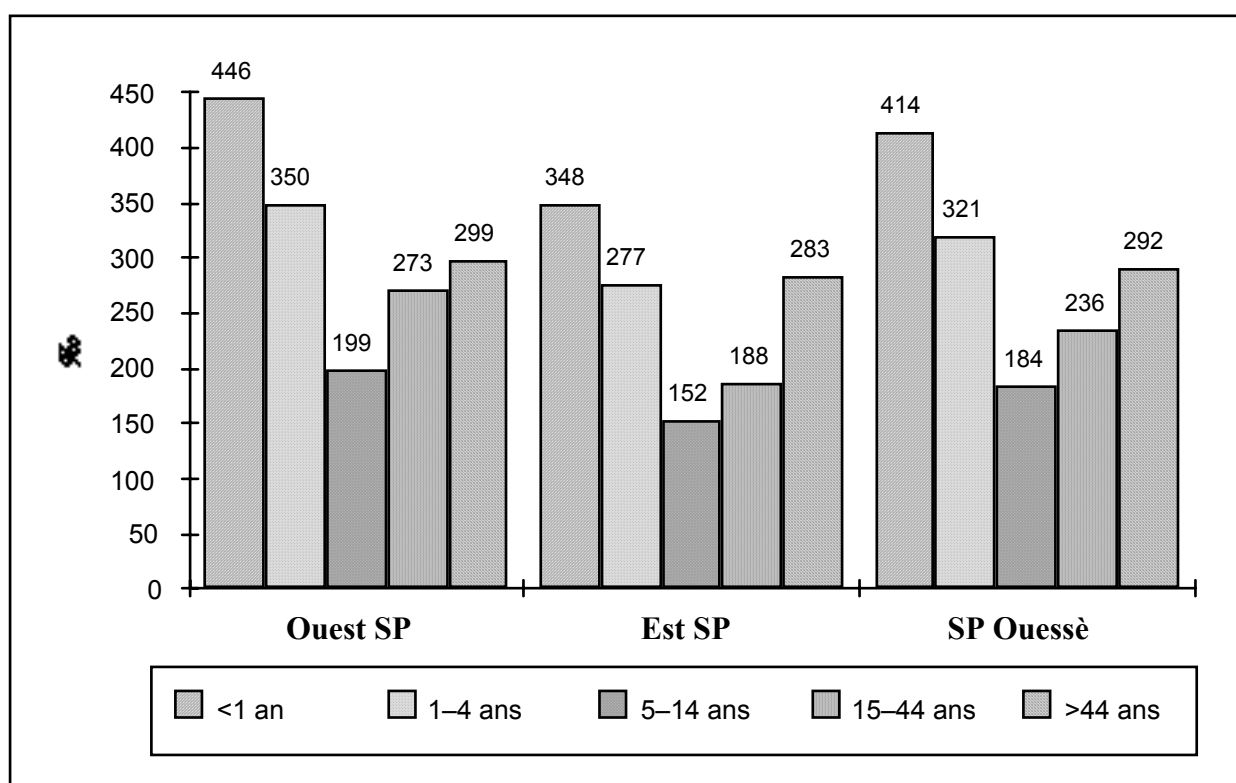


Figure 136 Prévalence apparente par âge de treize affections dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Est-ce que les treize affections étudiées connaissent une répartition particulière à travers l'espace, notamment entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè? Nous avons vu que la prévalence apparente est globalement 1,3 fois plus importante dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture. Il n'est dès lors pas surprenant que cette prévalence soit plus élevée à l'Ouest pour onze pathologies sur treize (cf. Figure 137). Pour un douzième type d'affections, les traumatismes, la prévalence est identique dans les deux moitiés de la sous-préfecture. Seule la rougeole est plus fréquemment déclarée à l'Est qu'à l'Ouest (respectivement 2 ‰ et 1 ‰).

Cependant, ces différences de prévalence apparentes entre les deux régions ne sont statistiquement significatives que pour quatre affections. Aucune d'entre elles n'appartient au groupe des affections fréquemment diagnostiquées. Elles sont toutes plus fréquentes à l'Ouest qu'à l'Est. Il s'agit du rhumatisme ($p = 0,0008$), de la hernie ($p = 0,001$), du "paludisme mâle" ($p = 0,019$) et des morsures de serpents ($p = 0,031$), par ordre de significativité décroissant. Pour

chacune de ces affections, le rapport entre les prévalences apparentes déclarées par région est très important: de 1 à 8 pour le rhumatisme à 1 à 1,9 pour le “paludisme mâle”.

Nous ne savons pas expliquer ces différences. Remarquons cependant que l'étiologie populaire lie une partie des rhumatismes, les hernies et les morsures de serpents aux travaux champêtres, qui exposeraient particulièrement aux efforts intenses, à la pluie et aux contacts avec les serpents. Or les habitants de l'Ouest passent pour de plus “grands” agriculteurs que ceux de l'Est, et que les *Nagot* de l'Est en particulier. Il nous est impossible de juger l'assiduité et l'ardeur à la tâche des uns et des autres, mais toujours est-il que les agriculteurs sont effectivement plus nombreux à l'Ouest qu'à l'Est. Selon le recensement de la population de 1992, les agriculteurs constituaient 86,2 % des habitants des huit villages de l'Ouest inclus dans notre enquête et seulement 76,3 % de ceux des cinq villages de l'Est (pour les seuls chefs de ménages de notre échantillon, ces chiffres sont respectivement de 85,3 % et 81,2 %).

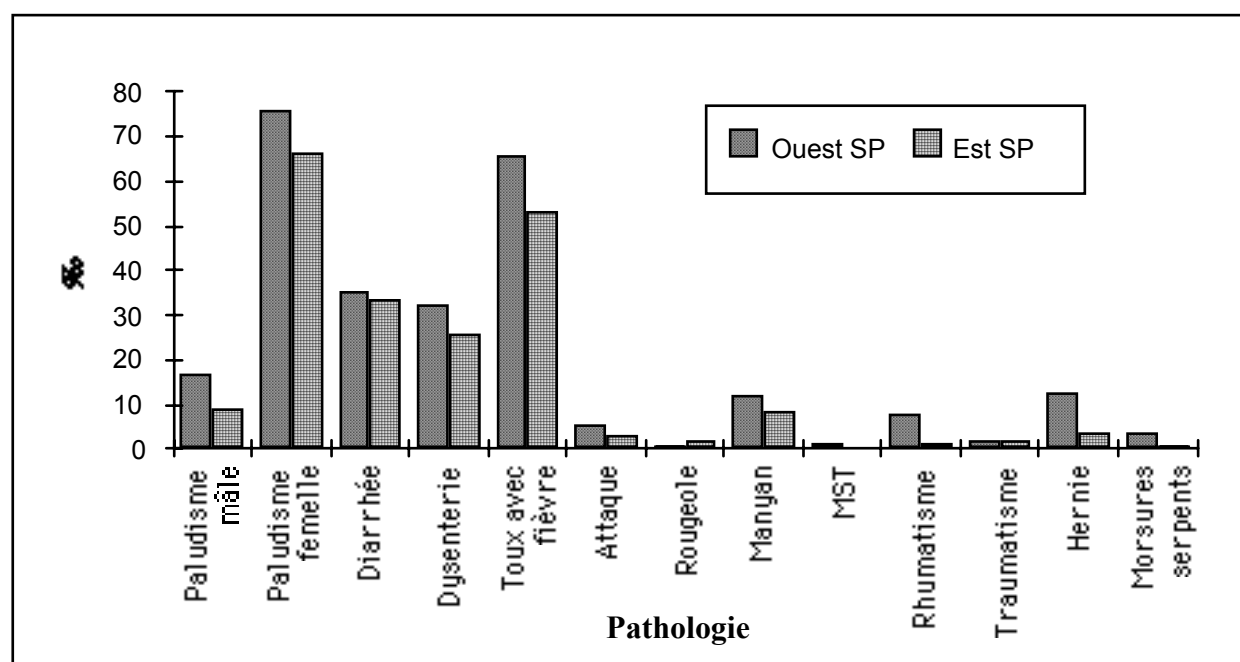


Figure 137 Prévalence mensuelle apparente par pathologie et région de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, janvier-février 1995).

N.B. La prévalence est annuelle pour les morsures de serpents et les hernies.

L'importante différence de besoins perçus entre les deux moitiés de la sous-préfecture pour certaines affections, au demeurant plutôt rares, nécessiterait que les services de santé de l'Ouest soient tout spécialement équipés et leurs agents formés pour les prendre en charge. Or tel n'est pas toujours le cas. Faute de réfrigérateur au CCS de Gbanlin¹, les ampoules de sérum antivenimeux n'y sont pas disponibles. Les personnes mordues par les serpents doivent donc aller au CSSP de Ouessè, à 8 kilomètres de Gbanlin et à une dizaine de kilomètres de Tosso et de Vossa, sans parler du chemin séparant les champs, où ont lieu la plupart des morsures, des villages.

Ce n'est que depuis le printemps 1994, avec l'équipement du bloc opératoire du CSSP de Ouessè et le complément de formation des deux médecins, que les hernies peuvent être prises en charge dans l'ouest de la sous-préfecture. Mais une permanence chirurgicale totale y est d'autant

¹ En fait, il en existe un fonctionnant à pétrole, mais il est en panne depuis longtemps. La petite pièce à changer n'est pas disponible dans la sous-préfecture. Mais surtout peu d'efforts ont été effectués pour se la procurer dans une grande ville.

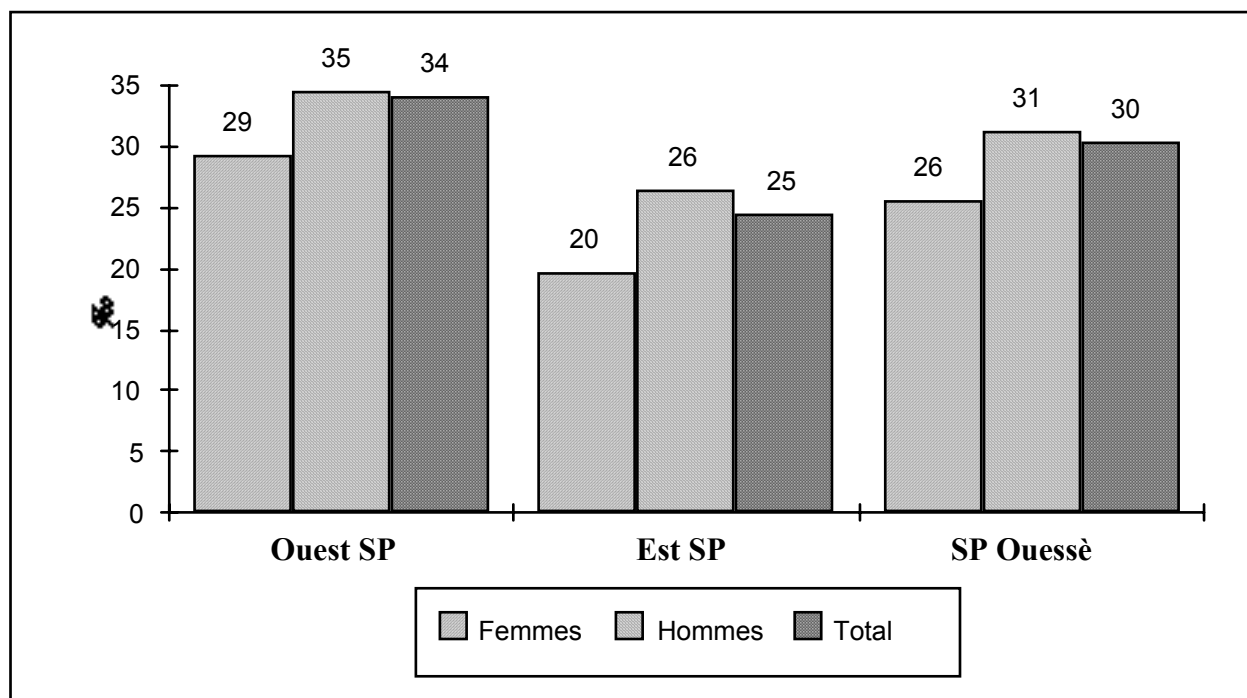
moins assurée que depuis 1996 seul un médecin est affecté au CSSP¹. En cas de hernies étranglées, les habitants de l'Ouest sont donc parfois contraints, comme c'était systématiquement le cas autrefois, de se rendre à l'hôpital Saint-Martin de Papané.

L'ensemble du personnel des services de santé publics de la sous-préfecture et tout spécialement celui de l'Ouest devrait bénéficier d'une sérieuse mise à jour de ses connaissances concernant le diagnostic et le traitement du rhumatisme et de la drépanocytose. Ayant un drépanocytaire dans leur ménage, quelques personnes bénéficiant d'un niveau scolaire au-dessus de la moyenne l'ont emmené jusqu'au CNHU de Cotonou. Ils en savaient bien plus long sur cette maladie et les médicaments qui soulagent les crises et en diminuent la fréquence que tous les infirmiers de la sous-préfecture, voire que les médecins. Ces médicaments devraient être disponibles au moins au CSSP de Ouessè.

Etudions maintenant la répartition spatiale de la mortalité déclarée, autre indicateur de besoin en soins de santé. Au vu de la faiblesse des effectifs en jeu, nous nous contenterons d'opposer les deux moitiés de la sous-préfecture.

Globalement, le taux brut de mortalité déclaré pour l'année 1994² est de 30 % pour l'échantillon de 650 ménages pris dans l'ensemble de la sous-préfecture, soit deux fois plus que le taux national enregistré lors du recensement national de la population de 1992 et presque 4 fois plus que le taux pour la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie I, chap. 2b).

Les taux de mortalité apparents globaux, par sexe et par âge confirment que la situation sanitaire est meilleure à l'est qu'à l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè. Le taux de mortalité apparent est en effet de 34 % pour l'Ouest et de 25 % pour l'Est (cf. Figure 138). Cette différence se retrouve, plus marquée encore, dans le recensement de la population de 1992: respectivement 10 % et 6 % pour l'ouest et l'est de la sous-préfecture. Selon notre enquête, la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine (respectivement 31 % et 26 %). Cet écart se retrouve dans les deux moitiés de la sous-préfecture.



¹ Par la suite, ce médecin a été remplacé par un autre qui n'avait pas de compétences en chirurgie. Au moment où nous écrivons ces lignes, le bloc chirurgical du CSSP n'est donc plus fonctionnel (Boni, com. pers.).

² Plus précisément de février ou mars 1994 à janvier ou février 1995.

Figure 138 Taux de mortalité apparent par sexe dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Tout comme la prévalence apparente des maladies, le taux de mortalité apparent est très différent selon l'âge. Pour l'ensemble de la sous-préfecture, il est de 87 ‰ pour les enfants de moins d'un an, de 52 ‰ pour les enfants de 1 à 4 ans, de 10 ‰ pour les enfants de 5 à 14 ans et de 27 ‰ pour les adultes (cf. Figure 139). La mortalité infantile relevée dans la sous-préfecture coïncide bien avec diverses estimations nationales pour les années 1990 à 1995 (cf. partie I, chap. 2b). Par ailleurs, on observe que la structure du taux d'utilisation par âge de l'ensemble des services de santé modernes desservant la sous-préfecture de Ouessè est proche de celle de la mortalité apparente (cf. Tableau 146). A l'exception des enfants de 1 à 4 ans qui, par rapport aux autres catégories d'âge, sous-utilisent notablement les services de santé modernes par rapport aux besoins exprimés en termes de mortalité, toutes les catégories d'âge recourent dans une même mesure aux services de santé en fonction de leur taux de mortalité apparent. On a par contre vu plus haut (cf. Tableau 144) que, par rapport aux besoins exprimés en termes de prévalence apparente des maladies incluses dans l'enquête, les enfants de moins d'un an surutilisent les services de santé modernes, alors que les enfants de 5 à 14 ans les sous-utilisent.

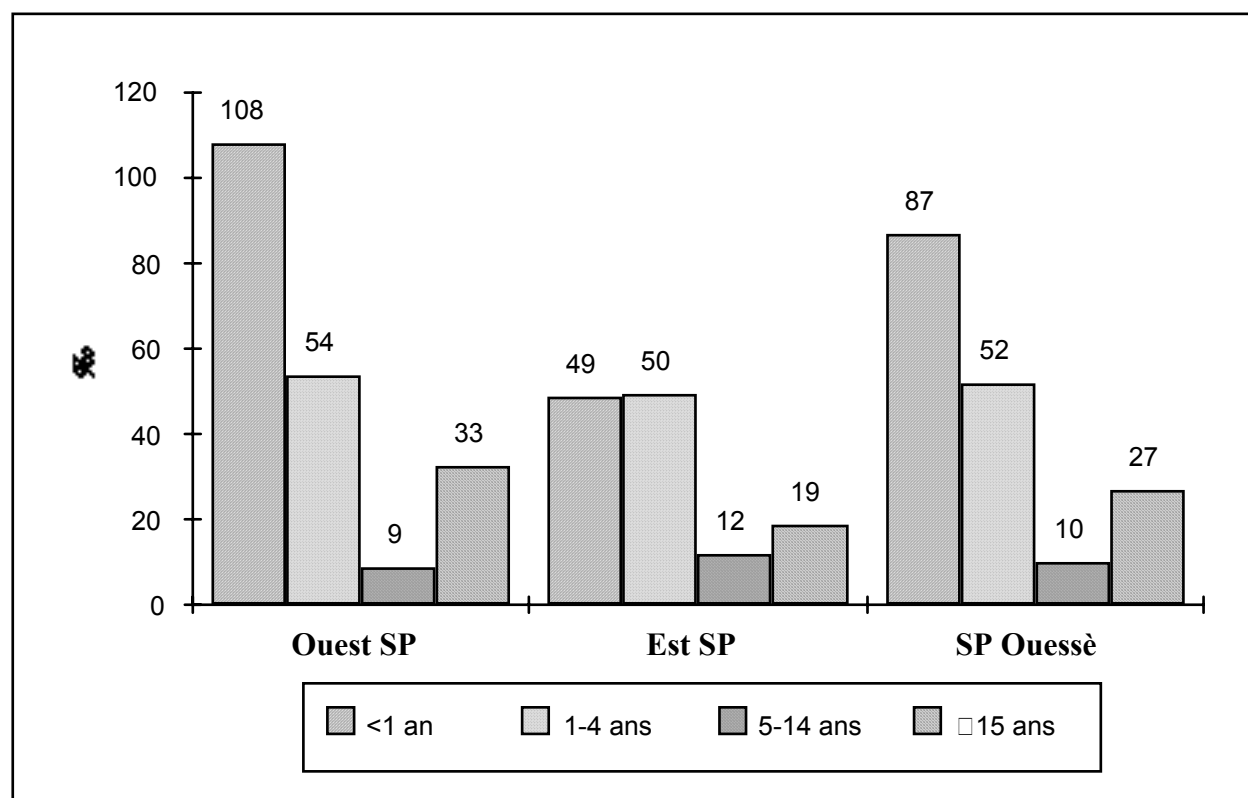


Figure 139 Taux de mortalité apparent par âge dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Les taux de mortalité apparents par âge, ainsi que leur structure, sont différentes dans l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè (cf. Figure 139). A l'Ouest, les écarts selon l'âge sont très marqués: le taux de mortalité apparent des enfants de moins d'un an est 2 fois supérieur à celui des enfants de 1 à 4 ans, 12 fois supérieur à celui des enfants de 4 à 14 ans et 3,3 fois supérieur à celui des adultes. A l'Est, ces taux sont peu différents pour les enfants de moins d'un an et ceux de 1 à 4 ans, d'une part, et pour les enfants de 5 à 14 ans et les adultes, d'autre part.

Tant pour la prévalence apparente de certaines maladies que pour le taux de mortalité apparent, nous avons donc observé de sensibles différences entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè, différences qui subsistent lorsque l'on stratifie les données par sexe, âge et type de maladies. Les besoins en soins de santé paraissent donc plus élevés à l'Ouest, ce qui pourrait en partie y expliquer un taux d'utilisation des services de santé modernes supérieur. La stratification par région, âge et pathologie, ainsi que, dans une moindre mesure, par sexe, montre bien qu'elles sont les populations les plus à risque et pour quel type de problèmes de santé.

Tableau 146 Relation entre la mortalité déclarée et la demande effective de soins de santé modernes par âge dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire 1995, registres de santé 1992, 1993 et 1994, et recensement de la population 1992 réactualisé).

	Taux de mortalité apparent en % (1)	Taux d'utilisation en % (2)/(1) (2)*	
Enfants < 1 an	8.7	114	13.1
Enfants 1 à 4 ans	5.2	40	7.7
Enfants 5 à 14 ans	1.0	13	13.0
Adultes	2.7	34	12.6
Total	3.0	32	10.7

* Moyenne de 1992 à 1994 calculée pour l'ensemble des services de santé modernes de la sous-préfecture.

De considérables différences intervillageoises de prévalence apparente

Une fois de plus, les prévalences apparentes, toutes maladies confondues, relevées à l'échelle des deux moitiés de la sous-préfecture de Ouessè cachent d'importantes disparités locales, qui sont globalement très significatives d'un point de vue statistique ($p = 0,0001$). Cependant, les cinq villages de l'Est s'inscrivent tous au-dessous de la moyenne (248 ‰), alors que six villages de l'Ouest sur huit se situent au-dessus d'elle. La différence de prévalence relevée à un niveau régional entre l'Est et l'Ouest se retrouve donc à une échelle plus fine.

La prévalence apparente minimale est enregistrée à Kilibo (180 ‰) et la prévalence maximale à Wokpa (335 ‰), soit un rapport de 1 à 1,86. Tout semble opposer ces deux villages. Kilibo est un gros village prospère, principalement peuplé de *Nagot*, localisé près de la frontière avec le Nigeria, sur un grand axe goudronné et près d'une gare, équipé de pompes à bras (et bientôt d'une adduction d'eau), possédant un complexe communal de santé, un cabinet de soins infirmier privé, un dépôt pharmaceutique, des écoles primaires et secondaire et un marché hebdomadaire. Wokpa est un petit village de colonisation agricole récent, exclusivement peuplé de *Fon*, enclavé au bout d'une mauvaise piste peu desservie par les taxis, sans puits ni forage, sans UVS, sans école, et de plus localisé près du confluent de l'Ouémé et de la Beffa, qui se transforment en marigots une partie de l'année. Il y a là à l'évidence une inégale répartition de facteurs environnementaux, sanitaires, économiques et culturels qui favorisent ou défavorisent l'apparition de la maladie et influencent sa durée. D'un point de vue sanitaire, le seul avantage de Wokpa sur Kilibo semble être la jeunesse de sa population adulte. Les chefs de ménage de Wokpa sont en moyenne âgés de 37,7 ans, contre 57,7 pour ceux de Kilibo. Parmi notre échantillon, ces deux villages occupent d'ailleurs les positions extrêmes pour l'âge des chefs de ménages.

Les facteurs énumérés ci-dessus influencent sans doute l'état de santé perçu. Mais il est hors du propos de cette thèse d'analyser les déterminants de la santé et leur distribution spatiale.

Ils sont fort nombreux et n'agissent souvent pas indépendamment les uns des autres. De plus, certains facteurs, notamment les facteurs de risque environnementaux, n'ont pas forcément le même impact selon la pathologie considérée. Il s'agit donc d'être extrêmement prudent avant d'affirmer, au vu de l'intensité de quelques déterminants généraux de la santé, qu'un village est à plus haut risque sanitaire qu'un autre. Les quelques éléments fournis ici constituent au plus des pistes, qui nécessiteraient des enquêtes plus approfondies.

Le cas de Toui PK, deuxième village déclarant la plus faible prévalence (189 ‰), illustre bien la prudence qui est de mise lors de l'interprétation des différences intervillageoises. Ce village présente en effet bien des similitudes avec Wokpa. Comme lui, il est enclavé au bout d'une très mauvaise piste non desservie par les taxis, il est essentiellement habité par des colons agricoles allochtones, il n'a plus d'UVS fonctionnelle et son unique puits tarit à la saison sèche.

A l'inverse, les *Peul* de Gbaffo enregistrent une prévalence perçue nettement supérieure à la moyenne (297 ‰). Ils bénéficient pourtant potentiellement de tous les atouts procurés par une localisation en bordure de l'agglomération de Ouessè. Il en va de même des habitants d'Attannondoho (291 ‰), dans la même agglomération. De manière moins surprenante, les habitants d'Idadjo, village très isolé sans UVS fonctionnelle, déclarent aussi un nombre de cas supérieur à la moyenne (290 ‰).

Attata et Adougou sont les seuls villages de l'Ouest dont les habitants signalent moins de cas (respectivement 197 ‰ et 237 ‰) que la moyenne générale.

Tableau 147 Prévalence mensuelle perçue et taux de malades par village de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Taille échantillon	Total cas	Prévalence	Total malades	Taux malades	Cas/malade
	N	N	‰	N	‰	N
Idadjo	552	160	290	144	261	1.11
Wokpa	358	120	335	104	291	1.15
Gbanlin	371	103	278	90	243	1.14
Djebé	494	133	269	121	245	1.10
Attannondoho	399	116	291	103	258	1.13
Adougou	430	102	237	87	202	1.17
Gbaffo	259	77	297	67	259	1.15
Attata	386	76	197	65	168	1.17
Gbédé	367	88	240	81	221	1.09
Kilibo Adjoug.	505	91	180	83	164	1.10
Akpéro	411	90	219	80	195	1.13
Toui PK	423	80	189	74	175	1.08
Odo Akaba	402	98	244	83	206	1.18
Total	5357	1334	248	1182	221	1.13

Le nombre moyen de cas par malade et par mois varie peu d'un village à l'autre (cf. Tableau 147). Pour une moyenne de 1,13 cas par malade, les valeurs extrêmes sont de 1,08 et 1,18. Le classement des villages selon le taux de malades suit donc de près le classement selon

la prévalence des maladies. Pour une moyenne de 221 malades différents pour 1'000 habitants, les valeurs extrêmes sont encore une fois enregistrées à Wokpa (291 ‰) et à Kilibo (164 ‰).

Il nous est impossible d'expliquer les causes des variations intervillageoises de prévalence que nous avons relevées. Il est cependant clair que la présence d'un dispensaire ou d'un hôpital dans une localité ne joue pas de rôle sur la fréquence des maladies perçues. Les localités bénéficiant de services de santé formels enregistrent en effet une prévalence apparente moyenne de 253 ‰, contre 246 ‰ pour les villages qui en sont dépourvus. Les services de santé formels ne jouent donc pas, dans la sous-préfecture de Ouessè, le rôle que l'on prête, souvent hâtivement et sans vérification de la pertinence d'une telle proposition, aux services de santé: limiter la fréquence des états morbides, en sus de traiter ceux qu'ils n'ont pu éviter.

Cette conclusion n'est pas pour nous étonner, lorsque l'on sait que la médecine publique béninoise, et plus encore la médecine confessionnelle et la médecine privée, sont avant tout curatives. La prévention se limite essentiellement à la vaccination et aux consultations prénatales. Or la vaccination est très décentralisée au Bénin. Dans la sous-préfecture de Ouessè par exemple, chaque village, même les villages non officiels d'une certaine importance, bénéficie d'une séance mensuelle de vaccination. Disposer ou non localement d'un service de santé ne change donc presque¹ rien à l'accès à la vaccination. Les consultations prénatales sont elles aussi partiellement décentralisées, puisque dans les villages sans maternité, elles sont du ressort des matrones des UVS, sous la supervision périodique des sages-femmes et avec la possibilité de leur référer les cas douteux. Ce schéma est cependant de plus en plus rare, beaucoup de matrones ayant cessé toute activité, d'autres se contentant d'effectuer les accouchements, d'autres encore étant décédées sans préparer de relève. Quoi qu'il en soit, ce type de prévention n'est dirigé que vers un segment particulier de la population: les femmes enceintes et, indirectement, les nouveau-nés.

Outre son action préventive et éducative (formellement inexistante dans la sous-préfecture de Ouessè à l'exception de la vaccination et de causeries assez ciblées lors des consultations prénatales), un service de santé pourrait encore limiter la prévalence perçue des maladies en raccourcissant la durée moyenne des épisodes. On part ici de l'hypothèse, raisonnable mais pas toujours testée ni confirmée, selon laquelle l'efficacité thérapeutique d'un spécialiste de la santé est supérieure à celle d'un profane pratiquant l'automédication. Si tel est bien le cas, la fréquentation d'un service de santé induirait un raccourcissement des épisodes morbides et donc la baisse de la prévalence instantanée. Une prise en charge rapide et efficace, qui limiterait la durée de l'épisode, devrait aussi en restreindre la contagiosité et, partant, le nombre global d'épisodes. Même lorsque la prévalence est calculée sur une base mensuelle, ce qui est notre cas, elle est légèrement influencée à la baisse par la diminution de la durée de l'épisode. Or nous avons vu que seule une minorité (27 ‰) des malades se sont adressés à un service de santé sans pratiquer auparavant l'automédication (cf. partie III, chap. 3h). Nous avons encore relevé que la durée moyenne d'un épisode traité directement par un recours extérieur est plus longue (mais les cas sont en moyenne considérés comme plus graves) que celle d'un épisode d'abord soigné par automédication (peu importe l'éventuelle suite du traitement). L'impact de la disponibilité locale d'un service de santé formel sur la durée des épisodes de maladie est donc quasiment nul dans la sous-préfecture de Ouessè, et sans doute bien au-delà. Il en résulte qu'elle ne saurait y diminuer la prévalence apparente des maladies.

D'un point de vue théorique, on pourrait à l'inverse envisager que la présence locale d'un service de santé induise non seulement une surconsommation relative de soins, mais encore une perception plus aiguë des états morbides. Nous n'en sommes de loin pas encore là dans la sous-

¹ Certaines maternités offrent une séance hebdomadaire de vaccination.

préfecture de Ouessè, où les comportements face à la maladie sont empreints de stoïcisme et où l'utilisation de spécialistes de la santé est notoirement en deçà des besoins.

Voyons encore rapidement dans quelle mesure la prévalence apparente des maladies varie d'un village à l'autre selon le sexe, l'âge – en nous contentant d'opposer les enfants aux adultes – et la pathologie.

La prévalence des maladies déclarées par les femmes varie entre 148 ‰ (Kilibo) et 279 ‰ (Wokpa), soit dans un rapport de 1 à 1,89. Pour l'ensemble des treize villages, ces variations sont statistiquement très significatives ($p = 0,0001$). La situation pour les hommes est très similaire, mais avec toutes les prévalences décalées vers le haut. Les mêmes villages occupent les positions extrêmes (Kilibo, 216 ‰, rejoint par Toui PK, 213 ‰, et Wokpa, 402 ‰, soit ici encore un rapport de 1 à 1,89). Seul le village de Gbédé enregistre une prévalence apparente supérieure pour les femmes (247 ‰) que pour les hommes (229 ‰). L'écart de prévalence est particulièrement élevé à Odo Akaba: 180 ‰ pour les femmes et 304 ‰ pour les hommes. Hormis pour ces deux derniers villages, les variations intervillageoises d'écarts entre les sexes sont modérées.

Tableau 148 Prévalence apparente par village de la sous-préfecture de Ouessè selon le sexe et l'âge (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Total cas femmes		Total cas hommes		Total cas enfants		Total cas adultes	
	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰
Idadjo	63	227	97	353	76	256	84	330
Wokpa	54	279	66	402	66	336	54	335
Gbanlin	39	219	64	332	55	274	48	282
Djégbé	62	228	71	319	71	273	62	265
Attannondoho	48	232	68	354	62	299	54	281
Adougou	44	197	58	281	47	229	55	244
Gbaffo	36	263	41	335	35	290	42	303
Attata	33	157	43	245	39	208	37	187
Gbédé	42	253	46	229	43	248	44	227
Kilibo Adjoug.	39	148	52	215	40	166	51	193
Akpéro	37	184	53	253	41	195	49	244
Toui PK	34	164	46	213	42	202	36	167
Odo Akaba	35	180	63	304	50	245	48	243
Total	566	207	768	292	667	245	664	253

Les variations intervillageoises de prévalence apparente chez les enfants comme chez les adultes sont elles aussi importantes et statistiquement très significatives ($p = 0,0001$ dans les deux cas). Pour les enfants, les deux mêmes villages occupent encore une fois les positions extrêmes: Kilibo (166 ‰) et Wokpa (336 ‰), soit un rapport de 1 à 2. La situation est légèrement différente pour les adultes, puisque la prévalence la plus basse est enregistrée à Toui PK (167 ‰), puis seulement à Kilibo (193 ‰), et la plus élevée à Wokpa (335 ‰), suivi de près par Idadjo (330 ‰). Ici encore le rapport entre les deux prévalences extrêmes est de 1 à 2. Si d'un village à l'autre la prévalence perçue pour les enfants comme pour les adultes fluctue beaucoup, elle ne varie par contre guère entre les enfants et les adultes d'un même village. Font

exception Idadjo et Akpéro, où les adultes se sentent beaucoup plus souvent malades que les enfants et Toui PK où les enfants paraissent sensiblement plus souvent malades que les adultes.

En définitive, les différences de prévalence apparente relevées plus haut pour l'ensemble de l'échantillon se retrouvent largement au niveau de chaque village: les enfants sont presque aussi souvent malades que les adultes et les hommes nettement plus souvent malades que les femmes. Pour chacune de ces quatre catégories, les variations intervillageoises sont souvent importantes, avec un rapport entre les valeurs extrêmes de l'ordre de 1 à 2.

L'analyse de la prévalence apparente par affection a montré que quatre d'entre elles sont significativement plus fréquentes dans l'ouest que dans l'est de la sous-préfecture. Voyons maintenant, pour chacune des treize affections (cf. Tableau 149), si certains villages déclarent significativement plus ou moins de cas que les autres. Notre approche est ici purement descriptive. Nous n'avons pas les moyens d'expliquer d'éventuelles variations de fréquence de la maladie perçue d'un village à l'autre.

Mais remarquons tout d'abord qu'à une échelle aussi fine, les variations de la prévalence d'un lieu à l'autre pour une affection donnée peuvent devenir énormes. Donnons quelques exemples de l'amplitude de ces variations, en nous cantonnant aux pathologies les plus courantes. Les rapports entre les prévalences extrêmes sont de 1 à 2,2 pour le "paludisme femelle" et la toux avec fièvre, de 1 à 3,1 pour la diarrhée, de 1 à 4,5 pour la dysenterie et de 1 à 14 pour de "paludisme mâle".

Tableau 149 Prévalence mensuelle¹ perçue par diagnostic et village de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	"Palu mâle"		"Palu femelle"		Diarrhée		Dysenterie		Toux+fièvre		"Attaque"	
	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰
Idadjo	12	22	30	54	29	53	29	53	39	71	5	9
Wokpa	10	28	25	70	20	56	19	53	28	78	4	11
Gbanlin	6	16	35	94	10	27	11	30	17	46	2	5
Djegbé	10	20	54	109	15	30	9	18	25	51	0	0
Attannondoho	3	8	37	93	12	30	11	28	30	75	3	8
Adougou	7	16	32	74	10	23	9	21	30	70	2	5
Gbaffo	6	23	13	50	12	46	5	19	26	100	2	7
Attata	2	5	20	52	7	18	12	31	19	49	0	0
Gbédé	6	16	28	76	13	35	9	25	21	57	0	0
Kilibo Adjoug.	1	2	35	69	13	26	6	12	23	46	2	4
Akpéro	3	7	22	54	14	34	12	29	30	73	2	5
Toui PK	7	17	23	54	15	36	12	28	19	45	2	5
Odo Akaba	3	8	32	80	16	40	16	40	20	50	1	3
Total	76	14	386	72	186	35	160	30	327	61	25	5

Rougeole	<i>Manyan</i>	MST	Rhumat.	Traumat.	Hernie	Mors.serp.

¹ Annuelle, pour les hernies et les morsures de serpents.

	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰	N	‰
Idadjo	0	0	6	11	0	0	5	9	0	0	3	5
Wokpa	0	0	2	6	0	0	4	11	1	3	6	17
Gbanlin	1	3	7	19	2	5	0	0	2	5	9	24
Djegbé	0	0	8	16	1	2	2	4	1	2	6	12
Attannondoho	0	0	10	25	0	0	6	15	0	0	3	8
Adougou	0	0	2	5	0	0	3	7	2	5	4	9
Gbaffo	1	4	1	4	1	4	3	12	0	0	4	15
Attata	1	3	4	10	0	0	4	10	0	0	6	16
Gbédé	1	3	7	19	0	0	0	0	1	3	2	5
Kilibo	1	2	6	12	0	0	1	2	1	2	2	4
Akpéro	0	0	2	5	1	2	2	5	1	2	1	2
Toui PK	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Odo Akaba	2	5	3	8	0	0	0	0	1	3	2	5
Total	8	2	58	11	5	1	30	6	10	2	49	9

Le “paludisme mâle” est significativement surreprésenté à Wokpa (28 ‰, $p = 0,021$) et sous-représenté à Kilibo (2 ‰, $p = 0,017$). Pour le “paludisme femelle”, seul Djegbé se distingue des autres villages par une prévalence apparente particulièrement élevée (109 ‰, $p = 0,016$). Wokpa et Idadjo enregistrent significativement plus de diarrhée (respectivement 56 ‰, $p = 0,017$, et 53 ‰, $p = 0,016$) et de dysenterie qu’ailleurs (53 ‰ dans les deux cas, $p = 0,012$ et $0,002$). A Kilibo par contre, la dysenterie y est plus rare que dans les autres villages (1 ‰, $p = 0,015$). La toux accompagnée de fièvre frappe particulièrement souvent les *Peul* de Gbaffo (100 ‰, $p = 0,01$). Le *manyen* est significativement plus fréquent à Attannondoho (25 ‰, $p = 0,002$) et plus rare à Toui PK (0 ‰, $p = 0,019$) qu’ailleurs. Le rhumatisme est également plus fréquent à Attannondoho qu’ailleurs (15 ‰, $p = 0,003$). La hernie est particulièrement fréquente à Gbanlin (25 ‰, $p = 0,0003$) et les morsures de serpents à Gbaffo (12 ‰, $p = 0,038$). Pour l’attaque, la rougeole, les maladies sexuellement transmissibles et les traumatismes, affections rarement enregistrées, aucun village ne se distingue des autres par une prévalence significativement plus haute ou plus basse.

Globalement, l’ensemble des maladies se répartissent de manière significativement différente parmi les treize villages étudiés ($p = 0,005$). Par contre, les différences dans la répartition par village des seuls “paludisme mâle”, diarrhée, dysenterie, toux avec fièvre et “attaque” ne sont pas du tout significatives ($p = 0,461$). Cela provient du fait qu’il existe une bonne corrélation positive entre toutes ces affections prises deux à deux ($r = 0,425$ à $0,838$), la diarrhée et la dysenterie étant la paire la mieux corrélée. Il en résulte que là où une de ces cinq affections est relativement fréquente, les quatre autres ont de bonnes chances de l’être aussi, et inversement. Wokpa constitue le cas de figure extrême, puisque ce village enregistre les prévalences apparentes les plus élevées pour quatre de ces affections et arrive en deuxième position pour la cinquième. Il y a là une concentration des pathologies étudiées les plus fréquentes, à l’exception du “paludisme femelle”.

Perception par village de la gravité des cas

La gravité perçue des épisodes de maladie constitue une autre mesure des besoins de santé de la population. Nous avons déjà étudié dans le chapitre relatif aux itinéraires thérapeutiques la

perception globale et par pathologie de la gravité des épisodes (cf. partie III, chap. 3h). Notre propos est ici de relever une inégale répartition spatiale de la gravité perçue.

Les malades de l'ouest de la sous-préfecture se déclarent significativement plus gravement malades que ceux de l'est de la sous-préfecture (test du χ^2 , $p = 0,0001$). En effet, deux fois plus de cas sont considérés comme très graves à l'Ouest qu'à l'Est (23,5 % contre 11,5 %, cf. Tableau 150). Les cas assez graves sont relativement presque aussi nombreux dans les deux moitiés de la sous-préfecture. Finalement, les cas peu ou pas graves sont sensiblement moins fréquents à l'Ouest qu'à l'Est (39,3 % contre 48,6 %).

Il existe une association statistiquement très significative entre les villages et la perception de la gravité des épisodes ($p = 0,0001$). Les épisodes sont significativement plus souvent qu'ailleurs considérés comme très graves à Adougou et à Gbanlin. De plus, ils sont significativement moins souvent jugés comme peu ou pas graves à Adougou et à Wokpa. A l'inverse, les épisodes sont significativement plus rarement qu'ailleurs très graves à Odo Akaba, Toui PK et Akpéro et plus souvent peu ou pas graves à Toui PK. A une échelle villageoise, on retrouve en gros l'opposition entre l'est et l'ouest de la sous-préfecture. Les quatre villages les plus proches de l'hôpital Saint-Martin signalent le moins de cas très graves de tout l'échantillon. La relative proximité d'un service de santé performant abaisserait-il l'appréciation de la gravité? Gbédé, cinquième et dernier village de l'Est s'apparente par contre à l'Ouest par le nombre relatif de cas très graves signalés. A l'Ouest, c'est le village qui abrite le CSSP de Ouessè qui signale proportionnellement le plus de cas très graves, suivi par Gbanlin, village possédant un CCS. La disponibilité locale d'un service de santé ne semble donc pas y limiter la gravité perçue des maladies.

D'une manière générale, la gravité perçue des cas de maladie est liée à la disponibilité d'un service de santé formel dans la localité du malade. Les cas sont plus souvent considérés comme très graves lorsque le malade dispose localement d'un tel service que dans le cas contraire (23,2 % des cas contre 16,2 %, $p = 0,002$). A l'inverse, les cas sont plus souvent considérés comme peu ou pas graves lorsque les malades ne disposent pas localement d'un service de santé (45,3 % contre 39 %, $p = 0,02$). Les cas considérés comme assez graves sont presque aussi fréquents dans les deux types de localités. La perception de la gravité serait-elle réellement influencée par la proximité d'un service de santé? Cela n'est pas exclu, si l'on se souvient par exemple qu'au Burkina Faso la perception des besoins diminuait à la saison des pluies, c'est-à-dire lorsque les besoins réels augmentent, mais que le temps et l'argent pour les exprimer diminuent (SAUERBORN, NOUGTARA, HIEN [et al.], 1996). De même, il se peut ici que la limitation de l'accessibilité aux services de santé conduise inconsciemment à limiter la perception de la gravité des cas et donc du besoin de soins professionnels. Une autre hypothèse voudrait que l'utilisation même d'un service de santé amène à considérer a posteriori le cas comme grave. Or nous avons déjà relevé que les recours extérieurs sont proportionnellement plus fréquents lorsque le malade bénéficie localement d'un service de santé.

D'une manière générale, il est frappant de constater à quel point l'appréciation de la gravité des cas peut varier d'un village à l'autre. L'éventail s'étend de 5,9 % à 42,2 % pour les cas considérés comme les plus graves, de 27,5 % à 45,1 % pour les cas assez graves et de 30,4 % à 59,3 % pour les cas pas ou peu graves. Une fois encore, une petite région abrite en son sein d'énormes disparités. Il est toutefois impossible de savoir si ces variations sont stables, et donc caractéristiques de chaque village, ou conjoncturelles.

Tableau 150 Gravité perçue par village des épisodes de maladie dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Très grave	Assez grave	Peu ou pas grave	Ne sait pas et SM

	N	%	N	%	N	%	N	%
Idadjo	33	20.6	63	39.4	63	39.4	1	0.6
Wokpa	30	25.0	47	39.2	41	34.2	2	1.7
Gbanlin	32	31.4	34	33.3	36	35.3	0	0.0
Djebé	23	17.3	45	33.8	63	47.4	2	1.5
Attannondoho	19	16.4	46	39.7	47	40.5	4	3.4
Adougou	43	42.2	28	27.5	31	30.4	0	0.0
Gbaffo	16	21.1	26	34.2	29	38.2	5	6.6
Attata	12	15.6	27	35.1	38	49.4	0	0.0
Gbédé	21	23.9	26	29.5	41	46.6	0	0.0
Kilibo	11	12.1	41	45.1	36	39.6	3	3.3
Akpéro	7	7.8	39	43.3	42	46.7	2	2.2
Toui PK	7	8.6	24	29.6	48	59.3	2	2.5
Odo Akaba	6	5.9	42	41.6	52	51.5	1	1.0
Total Ouest	208	23.5	316	35.7	348	39.3	14	1.6
Total Est	52	11.5	172	38.1	219	48.6	8	1.8
Total	260	19.4	488	36.5	567	42.4	22	1.6

Taux de mortalité brut annuel par village

Revenons, à une échelle villageoise, sur le troisième indicateur de besoins potentiels que constitue le taux annuel de mortalité déclarée. Nous avons vu plus haut que ce taux est nettement plus élevé à l'ouest qu'à l'est de la sous-préfecture. Pour une moyenne générale de 30 %, le taux de mortalité par village va de 11 % à 54 % (cf. Tableau 151). Ce taux est supérieur à la moyenne dans six villages de l'Ouest sur huit et inférieur à la moyenne dans trois villages de l'Est sur cinq, les deux derniers lui étant de peu supérieurs. Il n'y a pas de corrélation entre le taux annuel de mortalité déclaré dans les treize villages et la prévalence apparente des maladies ($r = 0,015$). Par exemple, Wokpa enregistre la prévalence la plus élevée, ce qui n'est pas pour nous étonner au vu des caractéristiques de ce village, mais aussi le taux de mortalité déclarée de loin le plus faible, peut-être en partie parce que les jeunes adultes sont surreprésentés dans ce village de colonisation agricole.

Il n'y a pas davantage de lien entre le fait de disposer d'un service de santé formel dans la localité et le taux de mortalité. Les villages sans service formel enregistrent un taux de mortalité légèrement inférieur aux autres (27 % contre 34 %, différence non significative). Le taux de mortalité par village n'est pas plus lié au niveau d'utilisation des services de santé. Adougou, village abritant le CSSP de Ouessè et dont les habitants sont parmi les plus gros utilisateurs de cet hôpital, est de loin celui qui déclare le plus de décès (54 %). A l'inverse, Gbédé, dont les habitants n'utilisent presque pas de services de santé modernes, enregistre un taux de décès déclaré inférieur à la moyenne (19 %). La structure par âge de la population ne permet pas non plus d'expliquer l'ensemble des taux de mortalité observés. Selon Gesler (1984), une des tâches du géographe de la santé consiste à étudier s'il existe un lien entre le niveau de maladie réel ou perçu et la distance aux centres de soins. Dans notre cas, la réponse est clairement négative aussi bien pour la mortalité que pour la morbidité perçue (dans les deux cas, le coefficient de corrélation avec la distance au service de santé formel le plus proche est d'environ 0,03).

Tableau 151 Taux de mortalité apparent par village de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Pop. moy. échant.	Décès	Taux mortalité
	N	N	‰
Idadjo	544	22	40
Wokpa	353	4	11
Gbanlin	365	12	33
Djebé	487	18	37
Attannondoho	393	13	33
Adougou	424	23	54
Gbaffo	255	8	31
Attata	380	9	24
Gbédé	361	7	19
Kilibo	497	8	16
Akpéro	405	14	35
Toui PK	417	13	31
Odo Akaba	396	9	23
Total SP	5277	160	30

Si l'on synthétise les principales conclusions relatives aux trois indicateurs de besoin utilisés – taux mensuel de prévalence apparente des maladies, gravité perçue de ces dernières et taux annuel de mortalité déclarée – on observe que:

- maladies et décès sont proportionnellement plus fréquents chez les hommes que les femmes;
- maladies et décès sont proportionnellement plus fréquents aux deux extrémités de la vie (chez les moins de 5 ans et les 45 ans et plus);
- en tout début d'année, les affections les plus fréquentes (parmi la liste non exhaustive étudiée!) sont pour les enfants la toux avec fièvre, le “paludisme femelle” et la diarrhée, suivis loin derrière par le *manyen*, la dysenterie, le “paludisme mâle” et l’“attaque”. Pour les adultes les affections les plus fréquentes sont le “paludisme femelle”, puis, loin derrière, la toux avec fièvre et la dysenterie, puis, plus loin encore, la diarrhée, la hernie (sur un an) et le “paludisme mâle”;
- quel que soit le sexe et l'âge, la prévalence apparente des maladies et le taux de mortalité déclarée sont plus élevés à l'ouest qu'à l'est de la sous-préfecture de Ouessè. Cela est aussi vrai pour la prévalence apparente de toutes les pathologies (rougeole exceptée) et pour la gravité perçue des cas de maladie. Ces différences se retrouvent largement à l'échelle villageoise.

En moyenne, l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè cumule donc à la fois une prévalence apparente des maladies plus élevée que l'Est (273 ‰ contre 211 ‰), une gravité perçue de ces maladies nettement plus importante (24 % de cas considérés comme très graves contre 12 %) et un taux de mortalité déclarée supérieur (34 ‰ contre 25 ‰). La gravité perçue supérieure ne peut qu'accroître encore les besoins en soins de santé, particulièrement auprès de professionnels de la santé. Avec une proximité moyenne supérieure des services de santé, les principales conditions sont donc réunies pour que l'Ouest connaisse un taux d'utilisation des services de

santé supérieur à l'Est. Selon cette étude de l'état de santé perçu, les jeunes garçons et les hommes âgés habitant l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè composent la population la plus à risque de la sous-préfecture. A l'inverse, les filles de 5 à 14 ans et, dans une moindre mesure les femmes adultes habitant l'est de la sous-préfecture, constituent la population la moins à risque.

Besoins et couverture sanitaire

Si nous ne savons pas expliquer ces variations intervillageoises de prévalence apparente, ni pour l'ensemble de l'échantillon, ni a fortiori pour les différentes catégories diagnostiques et démographiques qui le composent, il n'en demeure pas moins qu'elles sont bien réelles et qu'elles dessinent une géographie des besoins perçus en soins de santé. Bien que les services de santé formels n'aient pas seuls vocation d'y répondre, il est pertinent de s'interroger sur leur localisation au regard de la géographie particulière des besoins potentiels révélés par l'enquête (cf. Figure 140).

Affichant de loin les besoins les plus élevés (différence très significative, $p = 0,0007$), que ce soit globalement, pour le "paludisme mâle", pour la diarrhée, pour la dysenterie, pour l'"attaque", pour les hommes, les femmes, les enfants ou encore les adultes, Wokpa est l'un des rares villages de la sous-préfecture de Ouessè à ne disposer d'aucune ressource sanitaire, (à l'exception de trois guérisseurs et de quelques femmes se livrant à un commerce limité de médicaments). Allochtones établis récemment dans la sous-préfecture, ses habitants sont de plus peu familiers avec les ressources phytothérapeutiques locales. Le dispensaire le plus proche est à 5 kilomètres (Tosso) et la maternité à 7 kilomètres (Gbanlin), par une piste sableuse rarement desservie par les taxis.

Deux raisons semblent expliquer pourquoi il n'a pas été doté d'une UVS. Premièrement, ce village pâtit de son statut de village non officiel. Il dépend de Vossa, qui lui, comme presque tous les villages officiels n'appartenant pas à une localité possédant déjà un service de santé public, a bénéficié d'une UVS dès le début des années 1980. Deuxièmement, ce village, peuplé aujourd'hui d'environ 600 à 700 habitants, était encore de taille modeste lors de l'implantation des UVS dans la sous-préfecture. En effet, seuls 40 % des chefs de ménages interrogés affirment être installés à Wokpa depuis plus de dix ans.

Les notables de ce village ont lourdement insisté, à plusieurs occasions, sur leur désir de voir Wokpa doté d'une UVS (et d'une école, ainsi que d'une pompe). A la question ouverte "que faut-il faire pour améliorer la santé dans votre ménage et dans le village?" posée en fin d'entretien durant l'enquête domiciliaire, de nombreux habitants de Wokpa ont aussi répondu qu'ils souhaitaient une UVS ou un CCS dans leur village (et même un hôpital pour les moins réalistes ou ceux qui aiment les boutades!). La suggestion est a priori pertinente. Mais les nombreuses conditions pour un succès durable de l'entreprise sont difficiles à réunir. Preuve en est l'échec global – après des débuts souvent prometteurs – de la politique des UVS à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, du Bénin et, semble-t-il, de la plupart des Etats africains qui l'ont expérimentée (SAUERBORN, NOUGTARA et DIESFELD, 1989; SAUERBORN, NOUGTARA, DIESFELD [*et al.*], 1995). L'attitude des notables de Wokpa nous a paru attentiste, ce qui n'augure rien de bon pour la réussite d'une telle entreprise. Vraisemblablement, ils n'entreprendront rien de concret. Et ce ne sont pas les médecins du CSSP qui les y encourageront: aucun de ceux que nous avons connu n'a visité Wokpa et ils se désintéressent largement des UVS qui survivent encore, tout comme semble-t-il le Ministère de la santé publique¹.

¹ En 1992, nous avons assisté, à Dassa Zoumé, à un séminaire départemental sur les causes des difficultés rencontrées par les UVS et sur les moyens d'y remédier. A notre connaissance, il n'en a résulté aucune action concrète.

Avec Idadjo, également dans la commune de Gbanlin, Wokpa est le seul village de l'échantillon à enregistrer une prévalence de la diarrhée et de la dysenterie significativement plus élevée qu'ailleurs (de 1,5 à 1,8 fois plus que la moyenne selon le village et la pathologie). Or le mode de transmission des agents pathogènes est identique pour ces deux affections et il est facile de rompre le cycle de la transmission, en théorie du moins. Ainsi, une analyse de la prévalence perçue par pathologie et village définit non seulement les besoins en soins de santé, mais constitue encore un bon indicateur des besoins en prévention primaire. Elle permet à la fois d'identifier les pathologies trop fréquentes au regard de leur sensibilité potentielle à la prévention et de localiser les villages ou les régions où une action préventive aura le plus fort impact sur la morbidité.

Le village officiel d'Idadjo enregistre lui aussi une prévalence apparente significativement supérieure à celle des autres villages inclus dans l'enquête (290 ‰, $p = 0,036$). Ce village dispose d'une UVS, mais elle n'est plus guère fonctionnelle. Le secouriste y est actuellement assimilable à un simple commerçant occasionnel de médicaments. Une UVS fonctionnelle serait pourtant fort utile à ce village d'environ 1'200 habitants en 1997, y compris le hameau d'Asraou, à 13 kilomètres au nord d'Idadjo. Outre sa taille respectable, ce village est en effet situé à 17 kilomètres du dispensaire le plus proche (Tosso) et à 19 kilomètres de la maternité la plus proche (Gbanlin). De plus, les taxis ne desservent pas ce village lointain et isolé au bout d'une piste quasi en cul-de-sac. Aucun villageois ne dispose d'une voiture, si bien que la fréquentation d'un service de santé est soit impossible, soit fort pénible. Mais ce sont les crues estivales de la Beffa qui justifient le plus l'existence d'un premier niveau de soins local. Plusieurs mois par an, cette rivière n'est en effet franchissable qu'à la nage, en s'aidant au besoin d'une calebasse comme bouée. Habitant près de la Beffa, les adultes de Vossa maîtrisent bien ce genre d'exercice. Il n'en va sans doute pas de même des habitants d'Idadjo, surtout lorsqu'ils sont très jeunes ou âgés et de surcroît malades.

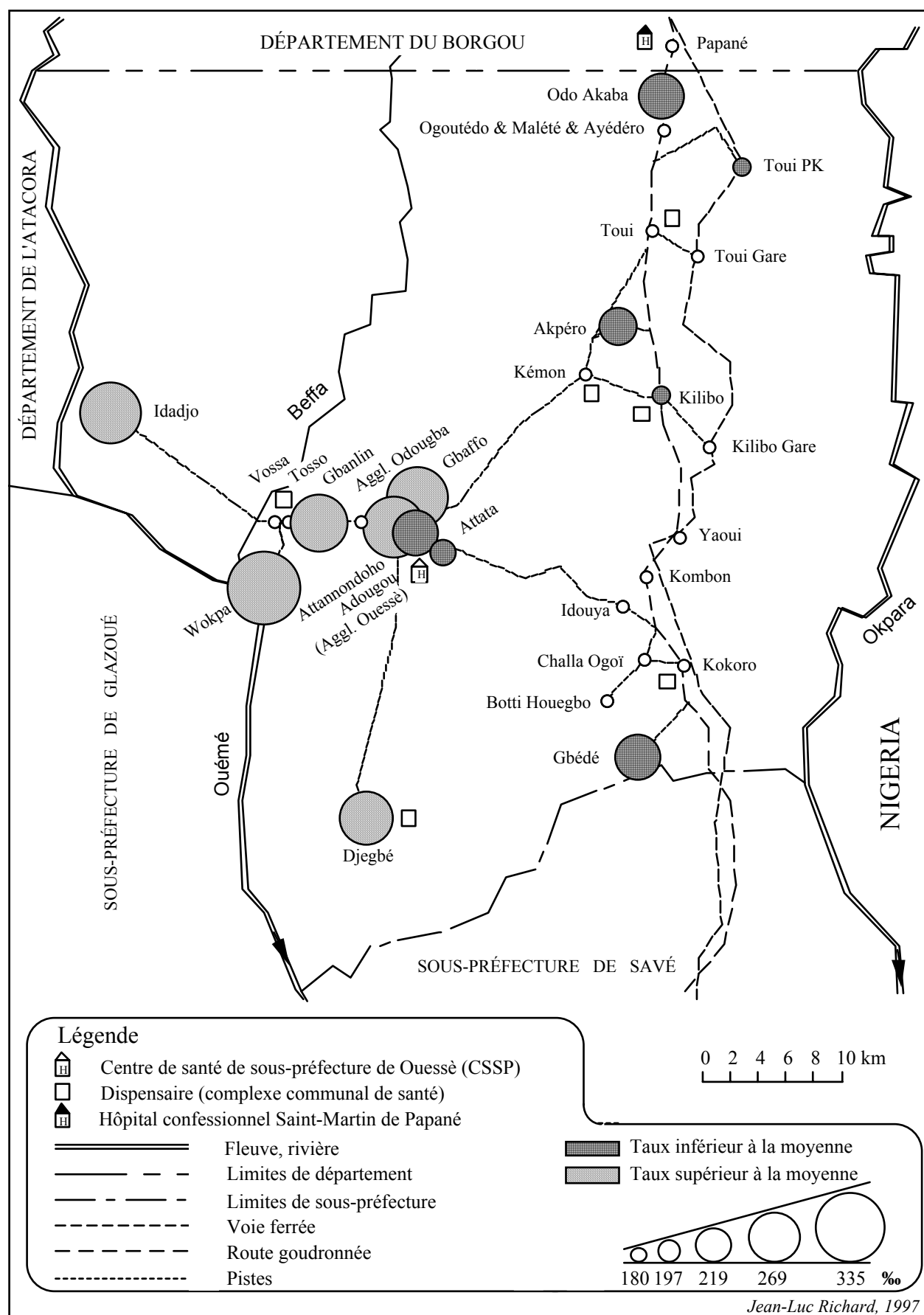


Figure 140

Prévalence apparente de treize affections dans treize villages de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

Idadjo abrite un gisement de marbre, apparemment important et de bonne qualité. Renforcées par une récente campagne de sondages, des rumeurs déjà anciennes affirment que l'exploitation démarrera prochainement, ce qui nécessitera la construction d'un pont sur la Beffa. L'existence d'une carrière et d'un pont encouragerait probablement l'un ou l'autre habitant du village à acheter un taxi, ce qui mettrait en contact quotidien et tout au long de l'année les malades d'Idadjo avec le CCS de Tosso, le CSSP de Ouessè ou l'hôpital Saint-Martin.

Mais tout cela reste bien hypothétique, la localisation du gisement entretenant de sérieux doutes sur la rentabilité de son exploitation. Si bien que la revitalisation de l'UVS nous paraît être une priorité. Mais il convient tout d'abord d'analyser précisément les causes qui ont conduit au déclin de l'UVS, alors qu'en termes de demande potentielle, la situation était particulièrement favorable. La prévalence apparente de la maladie y est en effet l'une des plus élevées de la sous-préfecture et l'éloignement des services de santé d'un niveau plus élevé protège l'UVS d'une trop vive concurrence¹.

L'implantation d'un petit CCS, sur le modèle de Kémon et de Djegbé où, dans un même bâtiment, une infirmière ou une sage-femme s'occupe à la fois des activités relevant du dispensaire et de la maternité, est également envisageable. Le taux d'utilisation moyen du CCS de la commune de Gbanlin (activités curatives cumulées du dispensaire de Tosso et de la maternité de Gbanlin) est en 1994 de presque 47 % pour l'ensemble des villages de la commune, le lointain Idadjo excepté. Si l'on applique le même taux à Idadjo, on obtient un potentiel d'environ 560 nouveaux cas pour l'année 1997. Ce qui reste modeste, mais représente toute de même presque cinq fois plus que le nombre de nouvelles consultations effectuées en 1994 au CCS de Djegbé et presque autant qu'au CCS de Challa Ogoï (dispensaire de Kokoro et activités curatives de la maternité de Challa Ogoï cumulés). De plus, sur la base du taux de natalité béninois moyen de 50 ‰, le potentiel d'accouchements à Idadjo est d'environ 60 par an. Avec les consultations des anciens cas, les consultations prénatales, les consultations postnatales et le suivi de croissance des enfants, la vaccination (y compris en stratégie avancée dans le hameau d'Asraou), la promotion de la santé (pour peu que l'agent de santé soit dynamique), le travail ne devrait pas manquer.

Toutefois, selon l'organisation actuelle du système de soins public, une telle implantation relève de l'utopie. Seuls les chefs-lieux de communes peuvent et doivent être dotés d'un CCS. Or, certaines communes n'en sont encore même pas pourvues. Pour les villages avec une demande globale en soins de santé d'une certaine importance, qui, comme Idadjo, sont localisés loin de tout service de santé et/ou ne disposent pas de voie de communication pérenne, des solutions plus souples et plus imaginatives restent à inventer au Bénin. Elles peuvent par exemple consister en la création de mini-CCS, avec financement communautaire de l'agent de santé (c'est presque le cas à Djegbé, à part que le bâtiment pourrait être plus modeste... et que le très faible volume d'activité ne couvre par le renouvellement des médicaments et le très modeste salaire de l'infirmière), ou en l'intervention contractuelle d'agents de santé privés. La constitution de mutuelles de santé destinées au financement des soins de santé primaires à l'échelle d'un village de taille moyenne à grande pourrait assurer la viabilité économique à un petit service de santé desservi par un agent assurant l'ensemble des fonctions. Les cotisations devraient être tout à fait supportables pour les ménages d'un village comme Idadjo, gros producteur de coton. Il est évident que l'Etat béninois n'a pas les moyens financiers d'ouvrir l'équivalent d'un CCS dans chaque localité du pays. Sur la base d'une nouvelle répartition des

¹ La proximité entre l'agglomération d'Odougba où furent érigées plusieurs UVS et le CSSP de Ouessè (4 kilomètres) est souvent avancée pour expliquer leur faible fréquentation et leur fermeture. Il ne saurait cependant s'agir que d'une explication partielle, puisque l'UVS d'Attata, à 3 kilomètres du CSSP, fonctionnait plutôt bien jusqu'en 1994, date à laquelle le secouriste et la matrone, découragés de ne rien recevoir en retour, cessèrent presque toute activité.

charges et des activités entre la communauté bénéficiaire, l'Etat, le secteur privé, la coopération bilatérale et les ONG, une solution devrait être trouvée pour les villages isolés.

Quatre autres villages (Gbanlin, Attannondoho, Gbaffo et Djegbé) enregistrent une prévalence apparente des maladies supérieure à la moyenne. Mais aucune de ces différences n'est statistiquement significative. De plus, tous ces villages disposent d'un CCS ou d'un CSSP (dans l'agglomération, dans ce dernier cas).

Les habitants de trois villages déclarent significativement moins de cas de maladie que les autres ($p = 0,001$ à $0,034$). Il s'agit de Kilibo, de Toui PK et d'Attata. Le premier bénéficie d'un CCS, d'un cabinet de soins infirmiers et d'un dépôt pharmaceutique, les deux derniers possèdent chacun une UVS, mais qui n'étaient plus actives depuis peu lors de l'enquête (décès de la matrone-secouriste de Toui PK et "grève" de la matrone et du secouriste d'Attata).

Les quatre derniers villages (Adougou, Gbédé, Akpéro et Odo Akaba) connaissent des prévalences apparentes proches de la moyenne. Le premier abrite le CSSP de Ouessè, les deux suivants ne disposent pas de services de santé formels, hormis des UVS peu fonctionnelles, le dernier, village non officiel, ne peut compter localement que sur un guérisseur, mais il n'est qu'à 4 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin de Papané.

Il existe donc un certain décalage entre le niveau des besoins de soins de santé perçus par habitant et la localisation des services de santé modernes censés y répondre (nous avons vu que les guérisseurs traditionnels ne peuvent guère être considérés comme une alternative). Ainsi, les deux villages où la prévalence apparente des maladies est la plus élevée n'ont aucune ressource sanitaire moderne, alors que le village connaissant la prévalence la plus basse bénéficie de services de base publics et privés. Ce décalage n'est cependant pas tel dans la sous-préfecture de Ouessè que l'on puisse y considérer comme vérifiée la loi des soins inverses (*inverse care law*) de Hart (1971)¹. Le décalage relatif en offre et besoins ne doit pas nous étonner, dans la mesure où l'attribution des CCS et des CSSP découle uniquement du statut hiérarchique des villages dans le découpage administratif béninois. Le principe distributif des ressources sanitaires publiques du Bénin est celui de l'égalité, plus que celui de l'équité, qui devrait prendre en compte la nature et le volume des besoins. Cette égalité est d'ailleurs toute relative, puisque la répartition s'effectue par niveau administratif, non pondéré par la taille de leur population.

Plus que la prévalence apparente, qui ne tient pas compte de la taille des localités, c'est le volume total par localité des besoins perçus² qui devrait constituer l'une des bases de la planification d'un réseau d'infrastructures sanitaires. Une planification fondée, comme c'est souvent le cas, seulement sur le volume de la population revient par contre à postuler que la prévalence apparente des maladies est homogène à travers l'espace, ce qui n'est pour ainsi dire jamais vrai. Estimer le volume des besoins perçus n'est cependant pas une mince affaire dès lors que l'on travaille à une échelle régionale ou nationale. Les enquêtes auprès de la population devraient par exemple être multipliées, afin de contrôler les effets de la saison. Il faudrait encore contrôler le risque que la population exagère délibérément le nombre de cas déclarés, si elle sait qu'il y a un lien entre la prévalence apparente et l'attribution de ressources sanitaires.

d) Maladies les plus fréquentes selon la population

L'enquête domiciliaire comportait deux questions ouvertes, permettant aux ménages d'indiquer les trois maladies frappant le plus souvent les enfants puis les adultes du ménage.

¹ "The availability of good medical care tends to vary inversely with the need of population served".

² Et non pas des besoins réels car ce sont les besoins perçus qui conditionnent la demande. Les besoins réels sont d'ailleurs impossibles à mesurer, en tous cas dans le contexte béninois.

Dans un premier temps, nous analyserons les résultats globalement, c'est-à-dire pour les 650 ménages réunis, mais en distinguant toujours les enfants des adultes, puisque leurs profils morbides sont différents. Dans un deuxième temps, nous distinguerons chacune des deux moitiés de la sous-préfecture, puis chacun des villages. Pour chacune de ces deux parties de l'exposé, les résultats seront d'abord étudiés globalement, sans tenir compte de l'ordre de fréquence des maladies, puis pondérés par ce dernier.

Maladies les plus fréquentes pour l'ensemble de la sous-préfecture de Ouessè selon les déclarations des ménages

Au total, nous avons obtenu 1'555 mentions de maladies considérées comme fréquentes pour les enfants des ménages interrogés. Pour la maladie la plus fréquente, le nombre de mentions est de 603 (38,8 %), quelques ménages n'ayant pas répondu et d'autres n'ayant pas d'enfants. Ce nombre passe à 559 (35,9 %) pour la deuxième maladie considérée comme la plus fréquente et à 393 (25,3 %) pour la troisième. Cette diminution s'explique par le fait que des ménages considèrent que seules une ou deux maladies sont courantes chez leurs enfants. Au total, 52 affections ou symptômes différents ont été cités pour les enfants. Ce nombre est de 37 pour le seul premier choix, de 37 également pour le deuxième et de 42 pour le troisième. Nous nous attendions à une diversification plus nette des affections avec les deuxièmes et troisièmes choix, partant de l'idée que quelques maladies vraiment très communes monopoliseraient la première place et que les affections plus spécifiques à chaque ménage s'exprimeraient en deuxième et surtout troisième lieu. La diminution du nombre de réponses pour ces deux derniers choix atténue sans doute cette tendance à l'augmentation de la diversité des affections déclarées.

Le "paludisme femelle" arrive largement en tête des affections qui frappent le plus souvent les enfants. Il constitue presque un quart (23,7 %) des citations, premières, deuxièmes et troisièmes mentions confondues (cf. Tableau 152). Arrivent ensuite l'"attaque", la fièvre et les maux de ventre, avec environ 10 % des mentions chacun. Les maux de tête et la diarrhée constituent chacun environ 5 % des mentions, les parasitoses intestinales et la rougeole 4 %, le *manyen* à peine 3 %, les coliques moins de 2 %, le "paludisme mâle", les vomissements, le "corps chaud" (forme de fièvre), la dysenterie et le rhumatisme environ 1 % chacun. Toutes les autres affections recueillent chacune moins d'un pour cent des citations. Ainsi, pour 52 affections rapportées, les cinq plus fréquentes d'entre elles constituent ensemble presque 64 % des mentions et les 36 les moins fréquentes (moins d'un pour cent des citations chacune) moins de 10 %.

Si l'on regroupe les affections citées par grande catégorie, on constate que les plus fréquentes d'entre elles correspondent aux diagnostics les plus communs relevés dans les services de santé modernes. Si l'on assimile la fièvre et le "corps chaud" au paludisme, ce dernier constitue presque 35 % des mentions. Arrivent ensuite l'ensemble des maladies de l'appareil digestif (plus de 24 %) et de l'appareil respiratoire (plus de 12 %). L'"attaque", maladie considérée comme importante par les parents, tant par sa fréquence que par sa gravité, ne figure évidemment pas en tant que tel dans les diagnostics des services de santé. C'est une (plusieurs?) affection caractérisée par des convulsions, notamment par des mouvements de bras typiques. Il s'agit probablement du neuropaludisme et/ou du tétanos néonatal, ce qui renforce d'autant la prééminence du paludisme comme maladie perçue comme la plus fréquente (il passe à 45 % du total des mentions, si tous les cas d'"attaque" sont assimilés au neuropaludisme) chez les enfants des chefs de ménages interrogés. Ainsi, les maladies considérées comme fréquentes, qui peuvent être assimilées au paludisme, aux affections de l'appareil digestif et à celles de l'appareil respiratoire constituent ensemble presque 82 % des mentions.

Tout comme dans les diagnostics des services de santé, l'ensemble des dermatoses, au sens très large où nous l'entendons, sont très peu représentées (à peine 2 % des mentions). Il en va de même des affections ostéo-articulaires et musculaires, plus caractéristiques des adultes (guère plus d'un pour cent).

Les traumatismes sont les grands absents de cette liste. Notre question faisait référence aux maladies les plus fréquentes. Elle n'englobait donc pas les traumatismes à proprement parler. La malnutrition est elle aussi quasi absente (une mention d'amaigrissement et une de kwashiorkor), ce qui prouve plus le peu d'attention qui lui est prêtée par la population (et par les agents de santé) que sa grande rareté effective. Dans la sous-préfecture voisine de Tchaourou, la malnutrition aiguë (*wasting*) des enfants de 0 à 5 ans était de 6,9 % en 1991 (12,2 % pour les enfants de 6 à 24 mois), alors que la malnutrition chronique (*stunting*) était de 34 %, avec un pic de 44,8 % pour les enfants de 12 à 24 mois (VALDEZ, 1991). Les parasitoses intestinales sont elles aussi notoirement sous-représentées en tant que telles (moins de 4 % des mentions). Mais elles ont pu l'être sous une forme plus spécifique (dysenterie) ou au contraire moins précise (diarrhée, maux de ventre, vomissements...). L'anémie, généralement consécutive au paludisme et/ou aux parasitoses intestinales, est probablement aussi sous-représentée parmi les affections infantiles fréquentes (0,4 %). Elle n'est pas facile à déceler et il est de plus vraisemblable que beaucoup ignorent ce symptôme.

A l'exception des maux de têtes (5 % des mentions), toutes les affections ou symptômes un tant soit peu fréquents fournis par les parents correspondent aux motifs de consultation dans les services de santé modernes. Il ne semble pas y avoir dans la sous-préfecture de Ouessè de maladies infantiles "cachées", dans le sens où elles seraient perçues, mais jamais exprimées. Nous nous demandions par exemple quel était le statut de la bilharziose urinaire dans la sous-préfecture. Elle ne figure en effet que très exceptionnellement parmi les diagnostics des services de santé et la population n'en parle jamais spontanément. Dans notre enquête, elle n'est mentionnée que deux fois pour les enfants. Cela confirme qu'elle n'est pas perçue comme un problème majeur, à défaut d'être inexistante¹. Par contre, l'exemple de la malnutrition montre bien qu'il peut exister des problèmes de santé réels et importants qui ne sont ni perçus ni exprimés. Ce sont évidemment les plus difficiles à détecter.

Il existe aussi quelques affections, heureusement rares, contre lesquelles les services de santé publics de la sous-préfecture sont totalement désarmés: rhumatisme (1 %, vraisemblablement de la drépanocytose vu qu'il s'agit d'enfants), caries (0,3 %), épilepsie et "crises de confusion" (0,1 %).

Lorsque l'on envisage séparément les trois niveaux de fréquence des affections considérées comme courantes chez les enfants des ménages interrogés, le tableau ne se modifie que peu. Plus d'un tiers des ménages déclarent que le "paludisme femelle" est la maladie infantile la plus fréquente. L'"attaque" et la fièvre, qui toutes deux font aussi probablement référence au paludisme suivent (respectivement 14 et 12 % des mentions). Si l'on y ajoute encore les mentions de "corps chaud" (plus de 1 %), le paludisme constitue la maladie infantile la plus répandue chez presque 62 % des ménages interrogés. Les diverses affections de l'appareil digestif suivent (18 %), puis celles de l'appareil respiratoire (8 %). A elles seules, ces trois catégories d'affections sont considérées comme les plus fréquentes par environ 88 % des ménages.

Pour les maladies citées comme les deuxièmes les plus fréquentes, le paludisme (au sens large) arrive à nouveau en tête (presque 37 %), suivi de près par les affections de l'appareil

¹ Dans certaines régions du Burkina Faso, où elle est quasi générale chez les enfants d'âge scolaire, la bilharziose urinaire est banalisée au point que c'est son absence qui est considérée comme anormale.

digestif (31 %), puis par celles de l'appareil respiratoire (13 %). Ensemble, ces trois catégories constituent 81 % des deuxièmes choix. Le classement reste le même pour les troisièmes maladies infantiles les plus fréquentes. Les proportions sont alors de 32, 24 et 16 %, pour un total de 73 %.

Tableau 152 Fréquence en % des mentions des maladies sévissant le plus souvent chez les enfants de 650 ménages de la sous-préfecture de Ouessè, par ordre décroissant du total des mentions de chaque maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	palufem.	toux	attaque	fièvre	mx ventre	mx tête	diarrhée	paras.int	rougeole	manyam	colique
1er choix	34.3	7.5	13.8	12.1	5.8	1.8	3.6	4.0	3.3	2.5	0.2
2e choix	17.9	12.0	8.9	8.6	11.6	5.2	6.8	4.7	3.8	2.7	2.1
3e choix	15.8	15.3	6.6	9.2	8.4	9.2	3.8	2.5	4.3	2.8	2.8
Total	23.7	11.1	10.2	10.1	8.6	4.9	4.8	3.9	3.7	2.6	1.5
	palumâle	vomiss.	corps chaud	dysent.	rhumat.	mx oreill.	varicelle	mx yeux	tx+fièvre	prurit	angine
1er choix	1.3	0.5	1.3	0.7	1.3	0.7	0.3	0.2	0.7	0.7	0.5
2e choix	1.4	1.4	1.1	1.4	0.9	0.7	1.3	0.9	0.7	0.4	0.7
3e choix	1.3	2.3	0.8	1.3	0.8	1.5	0.8	1.3	0.3	0.8	0.5
Total	1.4	1.3	1.1	1.1	1.0	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	0.6
	rhume	anémie	vertiges	diarr.+vom.	abcès	teigne	oreillons	boutons	carie	plaie	hernie
1er choix	0.2	0.3	0.0	0.2	0.0	0.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.3
2e choix	0.7	0.7	0.4	0.4	0.5	0.2	0.2	0.0	0.2	0.5	0.2
3e choix	0.8	0.0	0.5	0.5	0.3	1.0	0.3	0.8	0.5	0.5	0.0
Total	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2
	crise card.	crise confus.	dermat.	amaigr.	bilharz.	doul.musc.	épilep.	grippe	hémorroï	kwash.	lèpre
1er choix	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2
2e choix	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3e choix	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.3	0.0
Total	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	mx côtes	migraine	MST	myosite	oedème	saign.nez	trbl.digest.	variole	Total	N	
1er choix	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	100.0	603	
2e choix	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	100.0	559	
3e choix	0.3	0.0	0.0	0.5	0.3	0.3	0.0	0.3	100.0	393	
Total	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	100.0	1555	

N. B. Le premier choix désigne la maladie considérée comme habituellement la plus fréquente au sein du ménage, le deuxième choix indique la deuxième maladie la plus fréquente parmi les maladies fréquentes, etc.

Cette constance dans les trois classements montre bien qu'il existe à la fois un consensus sur l'ordre de fréquence des trois premières catégories d'affections et des écarts de fréquence sensibles entre elles. Si ces écarts se réduisent au fil des choix, c'est tout simplement parce que les affections les plus fréquentes sont citées d'abord. Elles ne peuvent alors plus être mentionnées dans les choix ultérieurs où les maladies un peu moins fréquentes peuvent s'affirmer. Cela permet aussi aux maladies "rares" (parmi celles considérées comme les plus fréquentes!) de mieux ressortir (diversité et fréquence) dans le troisième choix que dans le deuxième et surtout le premier choix. Ainsi, les maux de tête constituent presque une mention sur dix, pour le troisième choix.

Pour les adultes, 1'510 mentions de maladies fréquentes dans le ménage ont été relevées (cf. Tableau 153). Presque tous les ménages ont cité au moins une maladie fréquente (637, soit 42,2 % du total des mentions). Comme pour les maladies infantiles, le nombre de mentions diminue ensuite pour la deuxième affection la plus fréquente (542 mentions, soit 35,9 %) et plus encore pour la troisième (331 mentions, soit 21,9 %). Ainsi, environ un répondant sur deux (331 sur 650) ne peut pas citer trois maladies frappant fréquemment les adultes du ménage, estimant que seule une ou deux, voire aucune, maladie est courante chez eux. La difficulté à citer trois affections courantes pour les enfants était moindre. La diversité des affections citées est plus grande pour les adultes que pour les enfants: 72 contre 52. Ici encore, cette diversité tend à augmenter lorsque l'on passe du premier choix (42 affections citées) au deuxième (54) et au troisième (52).

Tous choix confondus, le “paludisme femelle” arrive aussi largement en tête des maladies tenues pour les plus fréquentes pour les adultes du ménage. Sa prééminence est encore plus nette pour les adultes que pour les enfants (34 % contre 24 %). Les maux de ventre et les maux de tête suivent loin derrière, avec environ 9 % des mentions chacun. Viennent ensuite la toux (6 %), les maux de reins (5 %), la fièvre, les maux d'yeux, la dysenterie et le “paludisme mâle” (3 % chacun), les parasitoses intestinales, les hernies, les douleurs musculaires, la colique et le rhumatisme (environ 2 % chacun), les courbatures, les vertiges, les migraines, les diarrhées et le rhume (environ 1 % chacun). Toutes les autres affections n'atteignent pas un pour cent du total des mentions. Tout comme pour les enfants, les cinq affections les plus fréquentes chez les adultes réunissent 62 % des mentions.

Si l'on regroupe certaines affections en quelques grandes catégories, le paludisme arrive en tête (37 % des mentions, à supposer – ce qui est abusif – que tous les cas de fièvre soient dus au paludisme). Tout comme pour les enfants, les affections de l'appareil digestif suivent (17 %, en considérant comme tels tous les maux de ventre, qui relèvent peut-être en partie de problèmes uro-génitaux). Par contre, les affections ostéo-articulaires et musculaires précèdent les affections respiratoires (respectivement 10 et 8 %). Rançon de l'âge et des durs travaux champêtres, les affections ostéo-articulaires et musculaires s'expriment sous de nombreuses formes: maux de reins, douleurs musculaires, rhumatisme, courbatures, douleurs articulaires, myosite et maux aux côtes. La fréquentation des services de santé modernes pour de tels problèmes paraît faible au regard de l'importance des besoins. Cela correspond sans doute à leur large inefficacité dans ce domaine. Les dermatoses, au sens large, sont rarement mentionnées (3 %). Tout comme pour les enfants, les traumatismes sont passés sous silence, à l'exception d'une mention de brûlure. Les affections uro-génitales et les maladies sexuellement transmissibles sont aussi occultées (cinq mentions seulement, dont deux de fausses couches répétées et une de règles douloureuses). Selon les sages-femmes, les fausses couches sont pourtant courantes, particulièrement aux deuxième et troisième mois de grossesse, surtout à l'époque des travaux champêtres. Maux de tête et migraines, qui n'amènent guère à consulter, sont par contre fréquents (10 % des mentions).

Mentionnons encore quelques affections, souvent peu fréquentes. La dracunculose (ver de Guinée) est encore présente dans la sous-préfecture, mais rarement (moins de 1 % des mentions). Par contre, la bilharziose (une mention) et plus étonnamment l'onchocercose n'ont (quasi) jamais été citées. Bien qu'en forte régression, cette dernière n'a pas totalement disparu. Peut-être qu'une partie des rares mentions (0,6 %) de prurit cache des cas d'onchocercose. Les autres grandes endémies paraissent elles aussi tout à fait marginales dans la sous-préfecture: rougeole (pour les adultes), tuberculose, choléra (?), méningite, lèpre (aucune mention). Les maladies mentales sont quasi absentes. Tout au plus mentionne-t-on une fois l'épilepsie. Des affections liées aux personnes d'âge mûr et souvent considérées comme caractéristiques des régions en cours de transition épidémiologique ou l'ayant achevée sont présentes en petit

nombre: hypertension artérielle (0,7 % des mentions), crises cardiaques (0,3 %), maux de coeur (0,3 %).

A l'exception des affections ostéo-musculaires et, dans une moindre mesure, des maux d'yeux (conjonctivites, mais aussi besoin de lunettes), affections souvent chroniques et relativement bénignes, l'analyse de la nature et de la fréquence des pathologies et symptômes cités par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè ne laisse apparaître qu'une demande potentielle très limitée en soins de santé qui ne saurait être satisfaite par les services de santé en place. Dans les grandes lignes, à l'exception notable des maux de tête, les affections diagnostiquées dans les services de santé modernes correspondent bien aux problèmes de santé les plus souvent évoqués par les ménages.

Tableau 153 Fréquence en % des mentions des maladies sévissant le plus souvent chez les adultes de 650 ménages de la sous-préfecture de Ouessè, par ordre décroissant du total des mentions de chaque maladie (source: enquête domiciliaire, 1995).

	palu fem.	mx ventre	mx tête	toux	mx reins	fièvre	mx yeux	dysent.	palu mâle	paras. int.	hernie
1er choix	53.7	7.1	5.3	3.3	3.1	2.2	1.6	1.6	4.1	2.5	2.7
2e choix	22.3	11.6	11.1	7.6	5.5	3.5	3.1	4.4	1.5	2.4	2.0
3e choix	15.1	9.4	10.6	7.3	5.7	4.2	5.7	2.4	1.8	2.1	2.1
Total	34.0	9.2	8.5	5.7	4.6	3.1	3.0	2.8	2.6	2.4	2.3
	doul.musc.	colique	rhumat.	courbat.	vertiges	migraine	diarrhée	rhume	dracuncul	doul.artic.	hypert.
1er choix	1.1	0.6	1.6	0.6	0.8	0.5	0.0	0.6	0.5	1.1	0.5
2e choix	1.8	1.7	1.7	1.5	1.8	1.5	1.3	0.7	1.5	0.7	0.4
3e choix	2.7	2.7	0.9	1.8	0.9	1.5	2.4	2.1	0.9	0.6	1.5
Total	1.7	1.5	1.5	1.2	1.2	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.7
	abcès	carie	prurit	angine	asthme	myosite	panaris	ulcère	mx coeur	mx oreil.	plaie
1er choix	0.3	0.2	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.6	0.3	0.2	0.2
2e choix	0.7	0.7	0.7	0.2	1.1	0.6	0.7	0.2	0.6	0.0	0.2
3e choix	0.9	1.2	0.3	1.5	0.3	1.2	0.6	0.3	0.0	1.2	0.9
Total	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
	mal défini	boutons	crise card.	tx+fièvr e	mx côtes	faus. couche	constip.	diabète	mors.serp.	oreillons	poumon
1er choix	0.3	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
2e choix	0.4	0.2	0.2	0.4	0.2	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.2
3e choix	0.3	0.6	0.3	0.0	0.3	0.0	0.3	0.3	0.3	0.6	0.3
Total	0.3	0.3	0.3	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	règles doul.	rougeole	tuberc.	varicelle	asthénie	attaque	bilharz.	brûlure s	brûl.intest.	brûl.organ.	candid. bucc.
1er choix	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2
2e choix	0.2	0.0	0.2	0.4	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0
3e choix	0.3	0.6	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	choléra	dépanoc. AS	épilep.	fentes pieds	foie	hémorroï	manyen	méning.	MST	oedème	paralysie
1er choix	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2e choix	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0

3e choix	0.0	0.0	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.3	0.3
Total	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
	probl.urin.	torticolis	tremblem.	vers bouche	vers seins	vomissem.	Total	N			
1er choix	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	100.0	637			
2e choix	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2	100.0	542			
3e choix	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	100.0	331			
Total	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	100.0	1510			

N. B. Le premier choix désigne la maladie considérée comme habituellement la plus fréquente au sein du ménage, le deuxième choix indique la deuxième maladie la plus fréquente parmi les maladies fréquentes, etc.

Si l'on ne considère maintenant que l'affection mentionnée comme la plus fréquente (premier choix) pour les adultes de chacun des ménages, le "paludisme femelle" arrive très largement en tête (54 % des premiers choix). Il est suivi, très loin derrière, par les maux de ventre (7 %), les maux de tête (5 %), le "paludisme mâle" (4 %), la toux, les maux de reins, les hernies et les parasitoses intestinales (environ 3 % chacun), la fièvre, les maux d'yeux, la dysenterie et le rhumatisme (environ 2 % chacun), les douleurs musculaires et les douleurs articulaires (1 % chacun). Toutes les autres pathologies signalées recueillent moins d'un pour cent des premières mentions. On le voit, ce classement n'est guère différent de celui observé pour l'ensemble des mentions. Il s'en distingue surtout par l'écart gigantesque séparant le "paludisme femelle", de la seconde affection la plus fréquente et, dans une moindre mesure, l'importance qu'y prend le "paludisme mâle".

En regroupant certaines pathologies, notamment les plus fréquentes, en quelques grandes catégories, le paludisme arrive en tête (56 % des premières mentions), suivi par les affections de l'appareil digestif (12 %), par les affections ostéo-articulaires et musculaires (8 %), par les maux de tête, y compris la migraine (6 %) et par les affections de l'appareil respiratoire (4 %). Ces cinq catégories regroupent 86 % des premières mentions. Comme deuxième choix pour les adultes, le paludisme arrive encore en tête (26 %), suivi par les affections de l'appareil digestif (22 %), des maux de tête (13 %), des affections ostéo-articulaires et musculaires (12 %) et des affections de l'appareil respiratoire (10 %), pour un total de 83 %. Pour le troisième choix de la maladie la plus fréquente, le paludisme reste, de très peu, en tête (20 %), toujours suivi par les affections de l'appareil digestif (19 %), des affections ostéo-articulaires et musculaires (13 %), de maux de tête (11 %) et des affections de l'appareil respiratoire (10 %), pour un total de 73 %.

Ainsi, tout comme pour les enfants, le classement des principales catégories de maladies n'évolue quasiment pas selon que l'on considère la première affection citée comme la plus fréquente, la deuxième ou la troisième. Tout au plus, les écarts tendent-ils à se combler, les maladies déjà citées ne pouvant évidemment pas l'être une seconde fois par le même ménage, et la part cumulée des cinq catégories à diminuer, ouvrant la porte à d'autres maladies moins fréquentes. Cette grande stabilité du classement indique que les cinq premières catégories d'affections sont de loin les plus fréquentes et que les écarts entre elles sont sensibles.

Au vu de cette stabilité, était-il pertinent de demander, par ordre de fréquence décroissant, les trois maladies les plus fréquentes sévissant habituellement dans le ménage? La plus fréquente aurait-elle suffi, allégeant d'autant le questionnaire... et l'exposé des résultats? Avant d'avoir pratiqué de la sorte, nous ne pouvions pas prévoir de tels résultats. De plus et surtout, se contenter de demander la maladie la plus fréquente homogénéise les réponses et rend mal compte de l'essentiel du tableau morbide d'une population. Nous avons en effet vu, pour les adultes par exemple, que plus de la moitié des premières réponses se concentrent sur une seule affection, ne permettant qu'à un nombre relativement limité (41) d'autres maladies de

s'exprimer, alors qu'en répétant encore deux fois la question, 30 nouvelles affections, généralement plus rares il est vrai, ont encore été mentionnées.

On remarquera que les deux catégories d'affections perçues d'une manière générale comme les plus fréquentes au sein des ménages (paludisme et affections de l'appareil digestif) sont les mêmes pour les enfants et les adultes. Ce sont également celles qui viennent en tête des diagnostics relevés dans les services de santé modernes. Par contre chez les adultes, les affections ostéo-articulaires et musculaires, ainsi que les maux de tête et migraines, devancent les affections respiratoires, troisième catégorie d'affection la plus fréquente chez les enfants. Cette dernière arrive aussi en troisième position des diagnostics dans les services de santé modernes. Les affections ostéo-musculaires y sont au contraire rares et les maux de tête sans autres symptômes ou maladies absents.

Maladies les plus fréquentes par village

Nous nous contenterons ici de faire ressortir, pour les principales affections citées, les villages qui en déclarent significativement beaucoup plus ou beaucoup moins que les autres (test du χ^2 , seuil de significativité: $p \leq 0,05$). Si nous distinguerons toujours les enfants des adultes, nous nous limiterons pour chacun de ces groupes aux résultats des trois premiers choix confondus. Nous fournirons ensuite une sorte de profil de morbidité par village, en classant par ordre décroissant les trois ou quatre affections considérées comme les plus communes.

Commençons par les maladies infantiles. Aucun village ne se démarque significativement des autres pour le "paludisme femelle". La toux est surreprésentée à Djegbé. Les villages d'Idadjo, d'Akpéro et de Kilibo mentionnent significativement plus souvent l'"attaque" que les autres, alors que ceux de Djegbé et d'Attannondoho le font significativement moins souvent. La fièvre est surreprésentée à Gbaffo et les maux de ventre à Gbédé. Les maux de tête sont significativement plus fréquents à Gbaffo et moins fréquents à Djegbé. La diarrhée est plus souvent mentionnée à Wokpa qu'ailleurs, alors qu'elle l'est moins à Idadjo. Les parasitoses intestinales sont plus fréquentes à Djegbé et moins courantes à Kilibo et à Wokpa qu'ailleurs. La rougeole est significativement plus souvent mentionnée à Odo Akaba que dans les autres villages, notamment qu'à Gbaffo où l'on ne signale pas cette maladie infantile. Enfin, le *manyen* est plus courant à Djegbé qu'ailleurs.

Au-delà de ces différences intervillageoises de fréquence – parfois considérables – relevées pour chaque maladie, existe-t-il, plus globalement, une géographie particulière de la perception des maladies infantiles les plus fréquentes? La réponse est négative, si par géographie l'on entend corrélation spatiale d'un fait localisé particulier avec d'autres faits localisés, qui pourraient l'expliquer. En effet, le regroupement des villages selon la fréquence des dix maladies les plus souvent mentionnées (Progiciel R, connexité 1) fournit des groupes peu distincts les uns des autres. Il n'y a de plus aucune continuité territoriale entre les différents groupes constitués. En outre, des villages aussi différents que Kilibo et Idadjo, par exemple, se retrouvent dans le même groupe. Par contre, les trois villages de l'agglomération de Ouessè étudiés se retrouvent dans trois groupes distincts. Cela n'est a priori pas étonnant pour les *Peul* de Gbaffo, culturellement très différents des autochtones, cela l'est plus pour Adougou et Attannondoho, deux villages essentiellement *mahi* de la même agglomération.

Cette proximité entre les profils de morbidité des treize villages ressort bien dans le Tableau 154. Nous y avons indiqué, par village et dans un ordre décroissant, les trois ou quatre affections infantiles les plus fréquemment subies par les ménages interrogés. Partout le "paludisme femelle" arrive en tête ou, beaucoup plus rarement, en deuxième position. La toux, l'"attaque" ou la fièvre constituent le plus souvent les deuxièmes et troisièmes affections les plus fréquentes. Rares sont les villages qui se distinguent par un trait particulier. C'est le cas

cependant de Wokpa, village sans eau potable qui mentionne la diarrhée en deuxième position, de Toui PK, dont le seul puits tarit en saison sèche, qui mentionne les maux de ventre en deuxième position, de même que Gbédé et Odo Akaba. Ce dernier village est aussi le seul à mentionner la rougeole (troisième position ex aequo). Les habitants de Djegbé placent en troisième position le *manyen* à égalité avec les parasitoses intestinales. Les *Peul* de Gbaffo sont les seuls à mentionner les maux de têtes dans le classement des trois affections les plus fréquentes des enfants.

Dans ce tableau, nous avons conservé les catégories d'affections citées par les personnes interrogées. Il est fort probable que le même problème de santé ait parfois été dénommé différemment et que divers noms recouvrent souvent une réalité très similaire. Tout comme nous l'avons fait plus haut, il est donc possible, avec une marge d'erreur raisonnable, de regrouper certains diagnostics fréquents proposés par nos interlocuteurs. Il s'agit du groupe paludisme, rassemblant le "paludisme femelle", l'"attaque" (très probablement le neuropaludisme) et la fièvre, et du groupe des affections de l'appareil digestif réunissant la diarrhée, les maux de ventre, le *manyen*, la colique et les parasitoses intestinales. Avec de tels regroupements, les variations d'un village à l'autre des affections les plus fréquentes deviennent minimales. Partout le groupe paludisme arrive en tête, suivi tantôt par le groupe affections de l'appareil digestif, tantôt par la toux. Aucune autre affection n'occupe les deux premières places et seules deux nouvelles maladies parviennent à occuper la troisième place (dont une ex aequo), chacune dans un seul village: la rougeole et les maux de tête. Pour chaque village, ce sont donc toujours les quelques mêmes affections ou groupes d'affections qui sont considérées comme les plus fréquentes chez les enfants.

Tableau 154 Trois premières affections infantiles perçues comme habituellement les plus fréquentes, par village de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	1 ^{ère} affection	2 ^e affection	3 ^e affection
Idadjo	"attaque"	"paludisme femelle"	toux
Wokpa	"paludisme femelle"	diarrhée	fièvre
Gbanlin	"paludisme femelle"	fièvre	toux
Djegbé	"paludisme femelle"	toux	<i>manyen</i> et parasit. int.
Attannondoho	"paludisme femelle"	toux	maux de ventre
Adougou	"paludisme femelle"	fièvre et attaque	toux
Gbaffo	fièvre	"paludisme femelle"	maux de tête
Attata	"paludisme femelle"	toux	fièvre
Gbédé	"paludisme femelle"	maux de ventre	"attaque"
Kilibo	"paludisme femelle"	"attaque"	toux
Akpéro	"paludisme femelle"	"attaque"	fièvre
Toui PK	"paludisme femelle"	maux de ventre	fièvre
Odo Akaba	"paludisme femelle"	"attaque" et maux ventre	fièvre et rougeole
Ensemble	"paludisme femelle"	toux	"attaque" et fièvre

N. B. Il s'agit du classement, par ordre de fréquence décroissant, du total des mentions d'affections par village (trois choix confondus). Les affections en gras sont significativement surreprésentées dans le village correspondant par rapport à l'ensemble des autres villages (test du χ^2 effectué séparément pour chacune des trois premières affections).

Cette “géographie” de la perception des affections infantiles les plus fréquentes ne correspond pas toujours – mais on compare là des données sensiblement différentes – à celle construite à partir de la prévalence apparente mensuelle pour treize catégories de maladies ou à partir des diagnostics des services de santé. Par exemple, la diarrhée et la dysenterie ne sont quasi jamais citées comme l’une des trois affections les plus fréquentes chez les enfants d’Idadjo. Or nous avons vu que ces deux affections sont significativement plus présentes (enfants et adultes confondus) à Idadjo que dans l’ensemble des autres villages, lorsque l’on demande spécifiquement le nombre de cas durant les trente derniers jours. D’autre part, et ce deuxième exemple est loin d’épuiser l’ensemble des “incohérences” (mais encore une fois on ne parle pas exactement de la même chose), la rougeole n’est jamais citée comme maladie infantile courante au Gbaffo de Kpassa, or il est notoire que la couverture vaccinale dans ce hameau *peul* est l’une des plus faibles de la sous-préfecture. De plus, ce village pèse de manière très disproportionnée par rapport à sa taille dans les diagnostics de rougeole relevés au CSSP de Ouessè.

Nous allons procéder de la même manière pour les adultes que pour les enfants, en commençant par indiquer, pour chacune des affections les plus fréquemment citées (au moins 3 % des mentions), les villages qui se distinguent significativement des autres.

Pour le “paludisme femelle”, aucun village ne se distingue des autres. Les maux de ventre sont significativement plus fréquents à Toui PK. Les maux de tête sont plus souvent mentionnés à Gbaffo et à Toui PK qu’ailleurs et moins souvent à Kilibo. La toux est surreprésentée à Gbaffo et sous-représentée à Attata. Aucun village ne se distingue significativement des autres pour la fréquence des maux de reins. La fièvre est plus fréquente à Akpéro et les maux d’yeux à Idadjo, qu’ailleurs. Les variations géographiques des principales affections citées comme fréquentes sont donc encore plus faibles pour les adultes que pour les enfants. D’ailleurs, il n’y a pas globalement d’association statistique significative entre les sept principales maladies frappant les adultes et leur localisation ($p = 0,114$).

Un groupement des villages (Progiel R, connexité 1) selon les maladies des adultes les plus souvent citées (les six énumérées ci-dessus, plus la dysenterie, le “paludisme mâle”, les parasitoses intestinales et la hernie, soit environ 78 % de toutes les mentions, quel que soit l’ordre d’énumération) fournit, tout comme pour les maladies infantiles, des groupes peu distincts les uns des autres. Trois grands groupes distinguent Wokpa, Gbaffo, Idadjo, Attannondoho, Gbédé, Attata et Kilibo d’Adougou, Odo Akaba, Akpéro et Toui PK et finalement de Gbanlin et Djegbé. En examinant plus en détail les groupes et les sous-groupes, il est frappant de constater une très grande similitude entre les groupements de villages obtenus pour les maladies infantiles et ceux pour les maladies des adultes. Seul Gbanlin fait exception. Pour les maladies d’adultes, il va rejoindre Djegbé, qui constituait un groupe propre pour les maladies infantiles.

Nous avons affirmé qu’il n’existe pas de “géographie” de la perception des maladies infantiles. Notre conclusion ne peut qu’être la même pour les maladies des adultes, puisque les groupements de villages sont quasi identiques à ceux obtenus pour les enfants. Cette similitude est troublante. Si l’on effectue, à l’inverse, un groupement des maladies les plus fréquentes chez les adultes et les enfants (Progiel R, connexité 1) en fonction de la similarité des mentions entre les villages, on remarque que le “paludisme femelle” chez les enfants est étroitement associé au “paludisme femelle” chez les adultes. Ce groupe s’oppose d’ailleurs à toutes les autres affections, parce qu’il est partout largement répandu, sans variations significatives d’un village à l’autre. De même, les maux de ventre chez les enfants et les adultes sont étroitement associés. Cette forte association entre adultes et enfants pour deux pathologies très fréquemment

citées explique sans doute largement pourquoi le groupement des villages en fonction des maladies qui y sont déclarées sont si proches pour les enfants et les adultes.

Le fait que les différents groupes de villages, construits selon la similitude de déclaration des maladies fréquentes chez les adultes, soient peu distincts les uns des autres découle, tout comme pour les enfants, de la place prépondérante d'un nombre limité d'affections dans chacun des villages. Plus encore que pour les enfants, le Tableau 155 montre bien le poids écrasant du "paludisme femelle" pour les adultes. Dans chaque village, c'est de très loin la maladie la plus souvent citée (de 30 à 42 % des mentions, selon le village). Les maux de ventre ou les maux de tête, parfois à égalité, constituent la deuxième affection la plus fréquente dans douze villages sur treize et la troisième affection dans encore huit villages. Il est donc rare que ce trio de tête fasse place à une autre affection. C'est le cas pour la toux à Djegbé (en 2^e position) et à Gbaffo (en 3^e position), des maux de reins (plus exactement des douleurs au niveau des reins) à Attannondoho (en 3^e position ex aequo) et à Attata (en 3^e position), des maux d'yeux à Gbédé et de la fièvre à Kilibo et à Akpéro (en 3^e position pour ces trois dernier cas).

Contrairement à ce que l'on a observé avec d'autres indicateurs de santé (diagnostics par provenance dans les services de santé et prévalence apparente de treize affections durant le moins écoulé), on relève donc très peu de différences entre les villages dans les maladies considérées comme les plus fréquentes, et cela aussi bien pour les enfants que, plus encore, les adultes.

Tableau 155 Trois premières affections perçues comme habituellement les plus fréquentes chez les adultes, par village de la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	1 ^{ère} affection	2 ^e affection	3 ^e affection
Idadjo	"paludisme femelle"	maux de tête	maux de ventre
Wokpa	"paludisme femelle"	maux de tête	maux de ventre
Gbanlin	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de tête
Djegbé	"paludisme femelle"	toux	maux de ventre et tête
Attannondoho	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de tête et de reins
Adougou	"paludisme femelle"	maux de tête	maux de ventre
Gbaffo	"paludisme femelle"	maux de tête	toux
Attata	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de reins
Gbédé	"paludisme femelle"	maux de tête et ventre	maux d'yeux
Kilibo	"paludisme femelle"	maux de ventre	fièvre
Akpéro	"paludisme femelle"	maux de tête et ventre	fièvre
Toui PK	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de tête
Odo Akaba	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de tête
Ensemble	"paludisme femelle"	maux de ventre	maux de tête

N. B. Il s'agit du classement, par ordre de fréquence décroissant, du total des mentions d'affections par village (trois choix confondus). Les affections en gras sont significativement surreprésentées dans le village correspondant par rapport à l'ensemble des autres villages (test du χ^2 effectué séparément pour chacune des trois premières affections).

Ce bilan, certes très lacunaire, de l'état de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè fournit néanmoins une image utile des besoins de la population en soins de santé. Une

petite partie de cette demande potentielle est déjà exprimée auprès de spécialistes de la santé, alors que l'essentiel des problèmes de santé sont traités par automédication. Confrontée à un besoin de santé, la population cherche donc des moyens internes et externes au ménage pour assouvir ce besoin et recouvrer la santé. La faible utilisation des services de santé disponibles suggère pourtant que le recours à un spécialiste de la santé ne constitue pas, pour les habitants de la sous-préfecture de Ouessè et plus largement pour les Béninois, un moyen privilégié pour rester en bonne santé et rétablir le déséquilibre créé par la maladie. Ou alors les barrières à leur accès limitent considérablement une utilisation par ailleurs souhaitée. En plus de l'analyse des besoins et des itinéraires thérapeutiques, il nous a donc paru nécessaire de connaître la perception locale des moyens à disposition ou souhaités pour préserver et retrouver une bonne santé.

2. COMMENT AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION?

Arrivant presque au terme de ce travail, force nous est de reconnaître que la situation sanitaire décrite doit laisser une impression mitigée au lecteur. Nous avons parlé de sous-utilisation, de barrières à l'accès, d'agents de santé parfois peu compétents, peu motivés, peu consciencieux et faisant preuve de peu d'initiative... Nous n'avons peut-être pas assez insisté sur le dévouement et l'ardeur au travail d'autres agents de santé, exerçant souvent dans des conditions difficiles et sur les réalisations, considérables, visant à améliorer la santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè. Cela tient sans doute à la difficulté d'en mesurer l'impact sur la santé, ne serait-ce que parce qu'un tel objectif nécessite une connaissance précise de la situation antérieure. Notre propos n'était d'ailleurs pas de mesurer la baisse de l'incidence de la rougeole, de l'onchocercose ou de la dracunculose consécutive à l'introduction du PEV (programme élargi de vaccination), à l'action du Projet onchocercose ou du forage de points d'eau potable dans presque tous les villages. De l'avis même de la population, ces actions ont été fort bénéfiques. Au nombre des réalisations importantes, mais dont l'impact sur la santé publique est encore plus difficile à mesurer, figurent la rénovation et l'agrandissement du CSSP de Ouessè, la rénovation des CCS, et, peut-être plus encore, leur approvisionnement régulier en médicaments essentiels à bas prix. La couverture sanitaire est globalement bonne, voire quasi optimale selon les objectifs de la planification sanitaire nationale. Seul manque en effet un CCS dans la commune d'Odougba, cependant proche du CSSP de Ouessè (4 kilomètres). Quatorze pour cent seulement de la population habite à plus de 5 kilomètres d'un service de santé formel (cf. partie I, chap. 1b). Les consultations prénatales et les accouchements en maternité ou en UVS sont rentrés dans les moeurs (sans toutefois que l'on en connaisse l'impact sur la mortalité périnatale et maternelle).

D'autres nouveautés, pas forcément directement liées à la santé peuvent potentiellement avoir un impact positif sur elle. Nous pensons à la forte extension de la culture du coton¹, qui apporte des revenus monétaires non négligeables dans beaucoup de villages, et à l'implantation d'une radio locale, qui pourrait à l'avenir se révéler un formidable outil de promotion de la santé, pour peu que les autorités sanitaires de la sous-préfecture prennent à coeur leur mission de santé publique.

Mais rien ne se fait ou ne se fera de réellement efficace et durable sans la population. La faible utilisation des services de santé le montre sans ambiguïté². Chaque ménage a donc très clairement un rôle à jouer dans la promotion de sa santé et de la santé communautaire. Nous souhaitons leur laisser ici la parole, afin qu'ils puissent exposer leur attitude face à la santé, leurs besoins, les moyens de les assouvir, les acteurs principalement impliqués... A cet effet, nous terminions chaque interview auprès des ménages par une question ouverte: "A votre avis, que faudrait-il faire ou avoir pour améliorer la santé de votre ménage ou pour l'aider à se soigner?".

L'action requiert une prise de conscience des besoins, de la volonté, mais aussi des connaissances de base. Nous souhaitons aussi avoir un bref aperçu de ces dernières, à travers quelques questions sur les moyens de prévention de quatre maladies ou symptômes. Elles étaient

¹ Cette culture peut aussi se révéler nocive pour la santé. Elle est la seule, dans la sous-préfecture de Ouessè, qui nécessite l'épandage de pesticides. Les agriculteurs les pulvérisent généralement sans protection et leur stockage dans les maisons constitue une source potentielle d'empoisonnement pour les enfants.

² La grande efficacité du traitement des gîtes onchocerci en donne toutefois l'exemple contraire, mais bien particulier. Le probable remplacement du traitement larvaire par la prise individuelle d'ivermectine, deux fois par an, réintroduira massivement la composante communautaire dans ce grand projet très centralisé auquel la population n'est pas actuellement partie prenante (si ce n'est parfois pour prendre indûment les fûts de carburant ou de larvicide sur les aires de ravitaillement des hélicoptères!).

ainsi libellées: “Pensez-vous que l'on peut prévenir (empêcher l'apparition) du “paludisme femelle”? Si oui, comment?”. Les mêmes questions étaient répétées pour l’“attaque”, la diarrhée et la rougeole. Rappelons que la population distingue deux sortes de paludisme, le mâle et le femelle, ce dernier correspondant au paludisme des médecins. L’“attaque” est caractérisée par des convulsions, des bras notamment. Il s'agit probablement du neuropaludisme ou (et?) du tétanos. Ces maladies ont été choisies car elles peuvent toutes être prévenues ou limitées par une action environnementale, par un comportement adéquat, par une prophylaxie ou par la vaccination. Nous nous plaçons bien ici au niveau des seules connaissances et non pas à celui de leur mise en pratique ou de l'efficacité des différents moyens de prévention cités.

a) La promotion de la santé: perception des moyens nécessaires

Plus de 72 % des ménages ont répondu à la question ouverte relative aux actions et moyens nécessaires pour promouvoir la santé. Les 470 réponses ont été codées selon une grille de lecture comportant vingt catégories, dont une rassemblant toutes les réponses non classées dans les catégories précédentes. Les réponses fournies par de nombreux ménages renvoyaient à plus d'une seule catégorie. La réponse de chaque ménage peut donc être ventilée dans quatre catégories au maximum. Nous obtenons ainsi 720 mentions ou contenus pour 470 ménages ayant répondu, soit en moyenne 1,53 mention par ménage. La délimitation des catégories et l'attribution de chaque réponse à une ou plusieurs d'entre elles restent évidemment une entreprise subjective, malgré l'exigence de cohérence interne affichée. Avant d'analyser les réponses à cette question destinée à mettre en lumière la perception des problèmes de santé dans la sous-préfecture de Ouessè, les moyens envisagés pour les prévenir ou les résoudre et les acteurs concernés, il est utile de se pencher sur le profil des ménages qui n'y ont pas répondu, attitude que nous interprétons comme un indice de passivité envers toute action de promotion de la santé.

Profil des ménages n'ayant pas répondu à la question sur les moyens d'améliorer la santé

Les ménages n'ayant pas répondu, que ce soit par ignorance ou lassitude, à la question relative aux actions susceptibles d'améliorer leur santé ne se distinguent pas autant que nous l'avions supposé des autres ménages. En effet, selon le test du χ^2 , il n'existe aucune différence statistiquement significative de niveau scolaire, de profession, de religion et d'âge du chef de ménage, ni de la taille du ménage ou de possession d'une pharmacie de ménage entre ceux qui ont répondu et les autres. Nous nous attendions à une augmentation du taux de réponse avec celle du niveau scolaire, partant de l'idée que le regard sur l'état de santé, les comportements sanitaires et le système de soins s'aiguise avec l'amélioration du niveau scolaire. Nous pensions également que le fait de conserver à la maison des remèdes, qu'ils soient traditionnels ou modernes, dénotait une attitude plus active envers la santé, qui se traduirait par un taux de réponse plus élevé. Il n'en est rien.

Toutefois, nous n'avons pas été suffisamment rigoureux dans le contrôle du recueil de ces réponses par les enquêteurs. Il ne nous est pas possible de savoir si la transcription de certaines réponses signifie que la personne interviewée n'a pas répondu parce qu'elle ne sait pas ce qu'il faudrait faire ou parce qu'il ne faudrait rien faire, signifiant ainsi que tout va pour le mieux, du moins par rapport à ce qu'il est raisonnable d'attendre dans le contexte béninois. En d'autres termes, nous ignorons parfois si la personne n'a rien répondu ou si elle a répondu “rien”. Même si les deux interprétations sont fort différentes, elles nous semblent toutes deux dénoter un esprit peu critique par rapport à la situation sanitaire actuelle. Le fait qu'une partie des “non réponses” doivent plutôt être interprétées comme l'expression de la satisfaction envers la situation actuelle

est suggérée par le taux significativement plus élevé (34 % contre 23 %, $p = 0,001$) de “non réponses” dans les localités bénéficiant de la présence d’un service de santé. Ces “privilégiés” ne peuvent alors pas demander, comme c’est très souvent le cas ailleurs – nous le verrons bientôt –, qu’on leur construise un service de santé. Le fait de bénéficier de soins professionnels à proximité épuise donc une partie des actions et revendications possibles.

D’autres facteurs sont significativement associés au taux de non réponse (expression que nous conservons, malgré les limites énoncées ci-dessus). C’est le cas du sexe du répondant¹ ($p = 0,0001$). Le taux de non réponse à cette question ouverte est presque deux fois plus élevé pour les femmes répondant seules que pour les hommes seuls (43 % contre 23 %). Le taux de réponse des hommes et femmes ayant répondu ensemble est similaire à celui des hommes seuls. Nous ne pensons pas que les femmes soient plus étrangères aux faits de santé du ménage que les hommes, bien au contraire. Il se peut par contre qu’elles se sentent moins libres d’exprimer une opinion, une critique, une revendication.

Le taux de non réponse diffère aussi significativement selon l’ethnie des ménages interrogés ($p = 0,016$). Il est de 23 % pour les *Nagot*, de 24 % pour les “autres groupes ethniques”, de 28 % pour les ressortissants de l’Atacora, de 32 % pour les *Mahi* et de 44 % pour les *Peul*. Seul ce dernier groupe ethnique se distingue significativement de l’ensemble des autres par son taux de non réponse ($p = 0,008$). Ainsi, le taux de non réponse fluctue du simple au double selon l’appartenance ethnique et c’est précisément le groupe ethnique qui se distingue culturellement le plus des autres qui enregistre de loin le taux le plus élevé. L’appartenance ethnique influence évidemment le taux de non réponse conjointement à d’autres variables, comme la disponibilité locale d’un service de santé. Cela est particulièrement manifeste pour les *Mahi*, qui ont relativement peu souvent répondu, alors que tous les villages *mahi* inclus dans l’enquête disposent d’un CCS ou d’un CSSP. A l’inverse, les “autres groupes ethniques” ont enregistrés un taux de non réponse relativement faible, alors que la plupart de leurs membres se concentrent dans deux villages sans aucun service de santé moderne, si l’on excepte une UVS peu fonctionnelle dans l’un d’eux.

Globalement, le taux de non réponse est statistiquement associée de manière très significative ($p = 0,0001$) à la durée de résidence dans le village. Mais l’on n’observe aucun gradient de ce taux en fonction de la durée de résidence. Vingt pour cent des immigrés installés depuis moins d’une année n’ont pas répondu. Ce taux grimpe à 35 % pour ceux présents depuis un à cinq ans, puis redescend à 25 % pour ceux arrivés il y a six à dix ans. Il diminue encore pour les immigrés arrivés il y a plus de dix ans (9 %), mais bondit à 33 % pour ceux qui ont toujours habité dans le village. Ces deux dernières catégories sont les seules pour lesquelles la différence des taux de non réponse observée pour chacune d’elle et l’ensemble des autres est statistiquement significative. Comme les précédents, ces résultats semblent influencés par la disponibilité locale d’un service de santé, qui limiterait le taux de réponse puisqu’une partie des souhaits potentiels sont déjà remplis. Les villages ou localités essentiellement peuplés de personnes qui en sont originaires sont des villages anciens, ce qui favorise souvent une certaine taille. La probabilité qu’ils aient un statut administratif – chef-lieu de commune ou de sous-préfecture – et donc les infrastructures sanitaires correspondantes, y est par conséquent plus élevée. A l’inverse, la plupart des immigrants sont des colons agricoles cherchant à s’établir à proximité de terres libres. Ils habitent donc des fermes isolées, des hameaux ou des petits villages qu’ils ont créés. Ils s’installent aussi dans certains villages autochtones, mais choisissent alors les plus petits d’entre eux, puisque toutes les terres loin à la ronde des gros villages sont déjà mises en culture. De ce fait, les colons agricoles s’installent rarement dans des chefs-lieux

¹ Afin d’éviter de lourdes périphrases nous utiliserons souvent le terme “répondant” au sens non usuel de “personne qui a répondu au questionnaire”.

et ils ne disposent au mieux d'une UVS que s'ils habitent un village autochtone. Les immigrés bénéficient donc en moyenne d'une moins bonne couverture sanitaire que les autochtones (et d'une moins bonne santé globale, si l'on part du principe – non prouvé – que les services de santé devraient avoir un impact sur l'état de santé de la population qui en bénéficie). Ils tendent donc logiquement à relever plus d'actions nécessaires à l'amélioration de leur santé.

L'analyse par village des taux de non réponse confirme partiellement cette interprétation. Globalement, il existe des différences très significatives du taux de non réponse en fonction du domicile du répondant ($p = 0,0001$). Celui-ci varie de 14 % à Attannondoho à 50 % à Adougou, deux villages situés étonnamment dans la même agglomération. Cette différence pourrait en partie s'expliquer en termes de différence de disponibilité en services de santé. Adougou abrite en effet le CSSP de Ouessè, alors qu'Attannondoho est située à l'autre extrémité de l'agglomération, à 20 ou 25 minutes de marche. Or nous avons pu mesurer (cf. partie III, chap. 2b) que le taux d'utilisation du CSSP décroissait sensiblement avec la distance, au sein même de l'agglomération. On pourrait donc s'attendre à ce que les habitants d'Attannondoho souhaitent obtenir des infrastructures sanitaires à proximité immédiate. Tel n'est cependant pas le cas. Par contre, les villages avec beaucoup d'immigrés et/ou très isolés ont pour la plupart un taux de non réponse inférieur à la moyenne (28 %). C'est le cas de Toui PK et de Wokpa (16 % chacun), d'Odo Akaba (18 %) et d'Idadjo (24 %). Tous les villages avec un taux de non réponse inférieur à la moyenne n'ont aucun service de santé formel, à l'exception notable d'Attannondoho, mais aussi de Djegbé, juste au-dessous de la moyenne, où le CCS connaît de graves problèmes. À l'inverse, tous les villages, à l'exception d'Akpéro, ayant un taux de non réponse supérieur ou égal à la moyenne disposent d'un service de santé formel.

Un dernier facteur est statistiquement associés au taux de non réponse de manière significative ($p = 0,008$). Il s'agit de l'indice économique des ménages réparti en cinq classes (quintiles), dans sa version pondérée par la taille du ménage (nous n'avons pas ici testé la variante non pondérée). Le taux de non réponse baisse avec l'augmentation du niveau économique. Il diminue ainsi de 39 % pour les ménages vivant dans le dénuement à 19 % pour ceux d'un niveau économique très élevé (à l'aune de la sous-préfecture), en passant par 33 % pour ceux d'un bas niveaux, par 24 % pour ceux d'un niveau moyen et autant pour ceux d'un niveau élevé. Si l'on oppose chaque catégorie séparément aux quatre autres, seuls les ménages vivant dans le dénuement se distinguent significativement des autres par leur taux de non réponse.

Nous ne savons expliquer cette relation entre niveau économique et taux de réponse, dans la mesure où le niveau d'éducation et la profession, eux-mêmes corrélés au niveau économique, ne sont pas du tout liés au taux de réponse. De plus, les villages dépourvus de service de santé formel renferment en moyenne des ménages plus pauvres que la moyenne. Or, nous avons vu que dans ces villages les taux de non réponse sont précisément moins élevés qu'ailleurs. Il y a là, semble-t-il, une contradiction. Par ailleurs, cette plus grande atonie des plus démunis face à leur santé et à la santé en général ne constitue en soi sans doute pas une surprise. Ce phénomène n'en est cependant pas moins inquiétant en termes de santé publique.

Les conditions d'amélioration de la santé vues par les villageois

Le nombre de réponses obtenues – jusqu'à quatre par ménage, rappelons-le – varie significativement d'un village à l'autre ($p = 0,0003$). Wokpa et Toui PK fournissent à la fois le maximum absolu de réponses (respectivement 75 et 72, pour une moyenne générale de 55,4) et le nombre moyen maximal de réponses par répondant (respectivement 1,79 et 1,71, pour une moyenne générale de 1,53). Ils sont suivis d'Odo Akaba, Idadjo et Gbédé (entre 65 et 63 réponses et entre 1,70 et 1,59 réponse par répondant). Aucun de ces cinq villages, dont deux

villages non officiels, ne dispose de service de santé formel. A l’opposé, le nombre minimal de réponses a été obtenus à Adougou, Gbaffo et Gbanlin (respectivement 34, 36 et 40 ou encore 1,36, 1,29 et 1,38 réponse par répondant). Ces trois villages bénéficient localement d’un service de santé formel (un CSSP pour les deux premiers et un CCS pour le dernier). Les cinq derniers villages donnent un nombre de réponses proche de la moyenne (de 49 à 58). Trois d’entre eux bénéficient d’un service de santé formel; les deux derniers n’ont que des UVS, peu fonctionnelles lors de l’enquête, mais sont localisés assez près d’un service de santé formel (trois et cinq kilomètres). Ainsi, la simple mise en relation du nombre de réponses par village à la question “que faudrait-il faire ou avoir pour améliorer la santé du ménage ou pour l’aider à se soigner” et de la disponibilité par village de services de santé formels suggère déjà en partie ce que l’analyse de contenu indiquera: les habitants des villages dépourvus de service de santé formel en réclament et il s’agit là du type de réponses le plus fréquent.

Voyons plus précisément comment les personnes interrogées ont répondu à cette question, globalement dans un premier temps, puis en faisant ressortir certaines particularités locales dans un deuxième temps. Surtout pour la catégorie “autres réponses”, la plus diversifiée quant à la formulation des réponses, nous fournirons à titre d’exemple un certain nombre de citations.

Presque 33 % des 470 répondants¹ demandent que l’on construise un centre de santé ou un dispensaire (la distinction entre un CCS complet et un dispensaire seul étant souvent peu claire dans les réponses) dans le village même, auxquels il faut encore ajouter 1,9 % demandant spécifiquement une maternité, 6 % une UVS et 0,6 % un hôpital. Plus de 40 % des répondants voient donc dans la construction locale d’infrastructures sanitaires une manière d’améliorer la santé. De telles constructions se justifieraient “à cause de la distance”, “pour raccourcir leur marche” ou encore “du fait du manque de moyens de déplacement pour aller au dispensaire”.

Il est intéressant de relever que les hôpitaux ne sont quasi jamais demandés (“nous cherchons à avoir un petit centre de santé pouvant nous secourir avant d’aller dans les grands centres de santé comme Papané [l’hôpital Saint-Martin] et Ouessè [le CSSP de Ouessè]”), mais que les UVS le sont aussi assez rarement (un répondant sur sept souhaitant une infrastructure sanitaire). Entre idéal et réalisme, les répondants choisissent généralement un moyen terme. Les UVS sont manifestement peu attrayantes et tout le monde en connaît les aléas, puisque là où l’on en réclame, il ne s’agit en fait pas d’en créer une (sauf à Wokpa, à Gbaffo et à Odo Akaba), mais de réhabiliter celles qui existent et surtout de les repourvoir en matrones et secouristes. Les hôpitaux sont beaucoup plus intéressants, mais en réclamer un pour un village sans statut particulier, souvent petit ou isolé au bout d’une piste en cul-de-sac relèverait de la boutade. Notons tout de même que deux des trois demandes d’hôpital émanent de Kilibo, principale localité de l’est de la sous-préfecture, qu’une sourde rivalité oppose à Ouessè, qui en possède un. La plupart des demandes se focalisent alors autour des CCS. Nous ignorons si les gens qui les formulent sont conscients qu’un tel souhait n’est pas recevable par le Ministère de la santé. En effet, toutes les communes de la sous-préfecture, à l’exception de Laminou constituant la moitié ouest de l’agglomération de Ouessè et d’Odougba deux kilomètres plus à l’ouest, qui dépendent du CSSP de Ouessè, sont pourvus en CCS. Construire plus d’un CCS par commune est d’autant plus contraire aux principes de la planification sanitaire nationale que certaines communes béninoises en sont encore dépourvues.

Les demandes d’infrastructures sanitaires, tous types confondus, sont émises par 0 % à 88,1 % des répondants selon le village. Il n’y a pas ou quasi pas de demande là où existe un service de santé, du niveau d’un CCS au moins (Adougou, Attannondoho, Djegbé et Kilibo).

¹ Toutes les réponses seront dorénavant rapportées au nombre de répondants et non pas au nombre total de réponses (jusqu’à quatre réponses par répondant, mais seulement 1,53 en moyenne). Le total des pourcentages pour l’ensemble des villages n’est donc pas de 100, mais de 153.

Deux exceptions sont à relever. Presque 29 % des *Peul* de Gbaffo, en bordure de l'agglomération de Ouessè, demandent un service de santé, une UVS dans trois quarts des cas. Nous savons déjà que les *Peul* de Gbaffo rechignent à utiliser le CSSP de Ouessè, notamment parce qu'ils considèrent y être trop souvent mal accueillis. La deuxième exception est Gbanlin. Presque 52 % des répondants y souhaitent un dispensaire. Chef-lieu de commune, Gbanlin possède une maternité, dont la sage-femme dispense aussi depuis 1993 des soins curatifs aux habitants du village. Plus ancien, le dispensaire qui complète ce CCS est à Tosso, deux kilomètres à l'ouest. Beaucoup d'habitants de Gbanlin veulent donc un CCS complet chez eux, plus pour des questions de principe et de prestige semble-t-il (avoir ce qui leur revient officiellement en tant que chef-lieu) que pour des raisons pratiques, puisque maintenant ils n'ont même plus besoin d'aller à Tosso. Certains hommes affirment toutefois préférer être reçus par un infirmier plutôt que par une infirmière, et voudraient donc disposer d'un vrai dispensaire à Gbanlin. Nous avons déjà examiné cette question ailleurs (cf. partie III, chap. 2c). Il en ressortait que le sexe du thérapeute ne constitue pas une barrière sérieuse à l'utilisation d'un service de santé.

Distants de trois kilomètres du CSSP de Ouessè, les habitants d'Attata demandent encore peu souvent un service de santé (7,9 %). Au-delà, la demande augmente fortement; mais elle n'est pas linéairement liée à la distance au service de santé le plus proche. Ces demandes émanent par exemple de 41,5 % des répondants d'Odo Akaba, à seulement quatre kilomètres de l'hôpital Saint-Martin par une excellente route très fréquentée par les taxis. Elles ne concernent par contre que 24,3 % des répondants de Gbédé, village situé à huit kilomètres, dont six de piste quasiment pas desservie par les taxis, du service de santé le plus proche, un CCS par ailleurs peu utilisé. La demande des habitants d'Idadjo, à 17 kilomètres du CCS le plus proche, qui plus est inaccessible pendant la saison des pluies, paraît elle aussi faible (36,8 %) au regard de celle d'autres villages bénéficiant d'une meilleure accessibilité à un service de santé: Toui PK et Akpéro (environ 64 %) et Wokpa (88,1 %). Le fait que Wokpa n'ait même pas une UVS, contrairement à presque tous les villages sans CCS ou CSSP, explique peut-être en partie ce taux particulièrement élevé. Il s'agit d'une forme de besoins comparatifs: l'iniquité dont pâtit ce village y rend les besoins en soins de santé, bien réels, encore plus criants. Presque 24 % des répondants y souhaitent une UVS, ce qu'ils peuvent au mieux espérer obtenir, s'ils y mettent beaucoup de volonté et d'investissement collectifs (ce qui n'est pas le cas actuellement). C'est le taux le plus élevé relevé pour les treize villages enquêtés. Mais 57,1 % des répondants y demandent un CCS et 7,1 % une maternité, souhait totalement irréaliste, qui montre toutefois bien la grande différence d'estime envers les UVS et les CCS.

Le cas d'Akpéro est aussi un peu particulier en ce sens que la forte revendication d'un service de santé (9,1 % seulement pour la redynamisation de l'UVS et 51,5 % pour un CCS ou une maternité) s'inscrit probablement dans le conflit opposant ce village à Kémon. Ce vieil antagonisme a été renforcé en 1993 par la construction d'un CCS commun à Kémon (à cinq kilomètres), mais semble-t-il pas là où cela avait été convenu avec les autorités d'Akpéro (cf. partie IV, chap. 2b). Manifester le désir d'avoir un CCS à Akpéro peut alors s'interpréter autant comme un geste politique – marquer sa défiance envers Kémon dont on veut quitter la commune – que comme le souhait bien légitime d'améliorer l'accès aux soins.

Comme autres moyens d'améliorer la santé du ménage la réalisation d'autres types d'infrastructures paraît nécessaire à une partie des répondants. Il s'agit de la construction de puits ou de forages capables de fournir de l'eau potable tout au long de l'année (8,7 %) et d'écoles (3,6 %). Ces demandes sont évidemment très focalisées, puisque la plupart des villages bénéficient déjà de telles infrastructures. Plus de 45 % des répondants de Toui PK mentionnent l'eau potable. Ce village ne dispose que d'un puits au débit limité et qui tarit même une partie de l'année. Les habitants se rabattent alors sur des marigots et des puisards. Ce village semble l'un

des rares de la sous-préfecture où sévit encore régulièrement le vers de Guinée. Étonnamment, seule une personne de Wokpa (2,4 %) souhaite un approvisionnement en eau potable, alors que ce village n'a ni puits ni pompe et que le chef du village mentionnait toujours cette lacune lors de nos entretiens. Notons toutefois que ce village dispose d'une eau de surface pérenne à peu de distance. Presque 20 % des répondants d'Odo Akaba pensent aussi que l'amélioration de leur situation sanitaire passe par un approvisionnement en eau potable. L'équipement hydraulique de ce village est effectivement insuffisant et la dracunculose y sévit encore. Djegbé étant construit sur une butte rocheuse, l'eau y est rare et l'attente à la pompe longue à la saison sèche. Certaines maisons sont même équipées de citernes pour recueillir l'eau du toit. Le souhait de nouvelles infrastructures hydrauliques y est exprimé par 13,5 % des répondants. Sept à neuf pour cent des répondants émettent le même vœux à Gbaffo (pourtant bien pourvu en pompes), à Akpéro et à Kilibo. Le premier réseau d'adduction d'eau potable de la sous-préfecture était en construction dans ce dernier village en 1995.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le problème de l'approvisionnement en eau est beaucoup plus qualitatif que quantitatif. Les eaux de surface, y compris l'eau recueillie sur les toits et stockée dans des fûts, sont en effet abondantes pendant la saison des pluies et la nappe phréatique est peu profonde, même pendant la saison sèche. Malgré un réseau d'infrastructures hydrauliques globalement bon (mais qui semble plutôt en voie de dégradation que d'amélioration), cette abondance de sources alternatives conduit une partie de la population à se détourner des sources d'approvisionnement saines, dès lors qu'interviennent quelques contraintes (distance, attente au forage...). Rares sont ceux qui emmènent avec eux de l'eau potable aux champs. Même en périphérie immédiate de Ouessè nous avons vu des gens s'approvisionner en eau au marigot et la boire. Si la nécessité d'un approvisionnement permanent en eau a été mentionnée dans quelques villages, et l'on pensait alors sans doute plus à la quantité qu'à la qualité, la population ne semble d'une manière générale pas assez consciente des risques liés à la consommation d'une eau non potable, ce que confirme les faibles connaissances relevées en matière de prévention des maladies diarrhéiques (cf. ci-après).

S'il paraît aujourd'hui indéniable qu'il existe une relation positive entre le niveau scolaire d'une population et son état de santé (CALDWELL, 1979), il est loin d'être certain que les 17 personnes qui souhaitent une école ou plus de classes dans leur village en réponse à la question "que faudrait-il faire ou avoir pour améliorer la santé du ménage ou pour l'aider à se soigner" pensaient à cette relation. Pour certaines personnes, cette question a été l'occasion d'exprimer leurs besoins en général, sans qu'ils soient forcément en lien direct avec la santé; mais un lien indirect existe presque toujours. Ainsi, on souhaite une pompe, en pensant souvent plus au confort d'utilisation d'un point d'eau pérenne à proximité qu'à ses bénéfices pour la santé, une école, une charrue, du travail, plus d'argent, des porcs sélectionnés pour lancer un petit élevage... En somme, nous parlons de santé et certains nous répondent en termes de développement, révélant ainsi une approche – consciente ou non – de la santé beaucoup plus globale que celle de maints agents de santé chaussant des lunettes par trop médicales.

Une école est principalement souhaitée par les répondants de Wokpa (13 %), seul village de notre échantillon sans école. A Odo Akaba, 4,9 % des répondants souhaiteraient plus de classes. Comme le précédent, ce village n'a pas le statut de village officiel. Ce type de villages passe en dernière priorité pour la réalisation d'infrastructures. Ils parviennent d'ailleurs souvent à en obtenir qu'au terme d'un investissement préalable important (nombreuses démarches, mobilisation des réseaux, participation financière ou en main d'oeuvre, construction ou début de construction d'un bâtiment pour forcer la décision...).

Un dernier type de réponses fait aussi partiellement allusion à la nécessité d'infrastructures pour améliorer la santé: la mauvaise accessibilité des services de santé. Plus de 8 % des

répondants l'ont relevée. Ces réponses font allusion à quatre types de barrières à l'accessibilité, qui ont d'ailleurs tendance à se cumuler: la longueur du trajet, son coût élevé, le mauvais état et surtout le manque de pérennité des voies de communication, et l'absence de desserte par les taxis collectifs voire par le train:

Avant le train nous aidait pour l'évacuation de nos malades à Tchaourou [au CSSP], mais aujourd'hui il ne s'arrête plus ici [à Toui PK où l'arrêt du seul train de jour quotidien a été supprimé; après négociations, l'arrêt du train de nuit, beaucoup moins commode, a été rétabli];

L'hôpital de Ouessè est trop éloigné, on manque d'argent et de moyens de déplacement, les prestations thérapeutiques de notre UVS sont inefficaces;

L'hôpital est trop éloigné et la route impraticable durant la saison des pluies;

L'hôpital est trop loin pour les cas urgents;

Je veux un centre de santé dans le village, car un taxi commandé exprès pour une évacuation coûte 3'000 FCFA;

Nous sommes loin des grands hôpitaux et dispensaires, raison pour laquelle nous n'utilisons que les remèdes de chez nous. Donc on souhaite avoir un centre de santé;

Il n'y a pas d'infirmier ici et, pour de petites choses, il faut se rendre à Ouessè. Vraiment les frais de transport sont importants;

Manque de moyens de déplacement; il faut marcher jusqu'à Malété, à 8 kilomètres, avant de trouver un taxi pour Papané. Le malade souffre beaucoup;

Compte tenu de l'enclavement du village et de l'état des voies, nous souhaitons une infirmerie à Toui PK;

Je souhaite avoir une bonne route.

Plus de 10 % des répondants de quatre villages voient dans l'amélioration du transport des personnes un potentiel d'amélioration de la santé. Ces villages sont précisément ceux qui cumulent les handicaps. Presque 45 % des répondants d'Idadjo mentionnent les difficultés d'accessibilité, sous une forme ou une autre. A 17 kilomètres du premier CCS, au bout d'une piste en cul-de-sac (sauf pour la contrebande!), jamais desservi par les taxis, sans voitures dans le village et surtout coupé du reste de la sous-préfecture plusieurs mois par an par les crues de la Beffa et parfois encore d'autres rivières plus petites, Idadjo connaît de loin la pire situation de toute la sous-préfecture. Pour Gbédé (21 %), le tableau est proche de celui d'Idadjo, les crues en moins et une distance au premier CCS divisée par deux. A Toui PK et à Wokpa (11,9 % chacun), la situation est un peu meilleure. On y trouve quelques voitures privées pouvant être louées au besoin. De plus, Wokpa n'est qu'à cinq kilomètres du CCS de Tosso et à sept kilomètres de la maternité de Gbanlin, par une piste très sableuse il est vrai. Environ 6 % des répondants d'Akpéro signalent aussi une accessibilité difficile aux services de santé. Ses habitants utilisent habituellement le CCS de Kilibo, parfois l'hôpital Saint-Martin de Papané. Dans les deux cas il faut aller, souvent à pied, prendre le taxi sur la route goudronnée, à deux kilomètres¹.

Les habitants des autres villages, qui pour la plupart possèdent un service de santé, ne rapportent pas ou presque de difficulté d'accessibilité. C'est notamment le cas d'Odo Akaba, à quatre kilomètres d'un service de santé, où 41,5 % des répondants souhaitent pourtant l'installation d'un service de santé. Ce cas indique sans doute que beaucoup de demandes d'implantation de services de santé sont motivées par une amélioration de l'accessibilité, sans pour autant que cela ait toujours été explicité. Au vu des résultats, c'est essentiellement dans les

¹ Certains vont aussi directement à Kilibo à pied, par un long sentier coupant à travers la brousse.

villages les moins bien lotis que le problème du transport est ressorti en plus de la demande d'ouverture d'un service de santé.

Du point de vue de l'usager, cette mesure constitue la solution la plus immédiate et la plus intéressante aux problèmes de santé. Elle n'est pas réaliste dans la sous-préfecture de Ouessè, car les villages concernés sont précisément isolés et qu'il est inconcevable, dans un contexte de ressources très limitées, d'ouvrir un service de santé à l'usage exclusif, dans les faits, d'un seul village, souvent petit de surcroît. L'autre solution, moins directement axée sur la santé mais dont le bénéfice est plus large, consiste à sortir ces villages de leur isolement. Ce n'est pas forcément le rôle de l'Etat de faire en sorte que chaque village possède quelques voitures ou au moins qu'il soit quotidiennement fréquenté par quelques taxis. Par contre, la construction et l'entretien d'infrastructures routières de base nous paraît de son ressort, avec, pourquoi pas, une participation financière et/ou en travail des villages directement bénéficiaires. Nous avons déjà décrit ailleurs l'état des pistes de la sous-préfecture de Ouessè et leur entretien, ou plutôt leur manque d'entretien, y compris pour les ponts, petits mais vitaux (cf. partie I, chap. 1b); nous n'y revenons pas.

Nous avons vu qu'environ un tiers des répondants souhaitent la construction de services de santé dans leurs villages. Une deuxième grande catégorie de choses considérées comme nécessaires pour la promotion de la santé concerne cette fois les prestations des services de santé existants. Les médicaments y tiennent une place prépondérante, preuve s'il en est qu'ils sont considérés comme l'essence même de l'efficacité thérapeutique des services de santé. Cinq catégories de contenus concernent spécifiquement les prestations des services de santé, dont trois les médicaments.

Presque 13 % des répondants estiment qu'il manque de médicaments dans les services de santé et qu'il faudrait y remédier:

Il manque de médicaments au CSSP. Il n'y a rien dans l'hôpital de Ouessè;

Il faut que l'Etat enrichisse la pharmacie de l'hôpital, puisque nous ne trouvons pas souvent des produits qu'on nous prescrit;

Il faut mieux approvisionner les pharmacies des dispensaires et hôpitaux en médicaments de soins urgents en tenant compte surtout des maladies de la région;

Comment pouvez-vous faire pour améliorer un peu notre UVS, car il n'y a pratiquement rien comme produits pharmaceutiques dedans.

Cette proportion varie fortement d'un village à l'autre (de 0 % à 41 %), sans qu'il nous soit possible d'avancer la moindre hypothèse explicative. Il n'y a pas de lien entre la présence ou l'absence de ce type de reproches et le niveau de fréquentation des services de santé formels. Remarquons tout de même que les répondants des deux villages de l'échantillon qui utilisent presque exclusivement l'hôpital Saint-Martin n'émettent quasi pas ce grief.

Cette perception repose premièrement sur le souvenir de la situation prévalant jusqu'au tournant des années 1990, quand les ruptures de stocks étaient effectivement fréquentes et durables. Elles ont depuis presque disparu et ne concernent alors temporairement qu'un ou deux médicaments. Elle découle aussi, deuxièmement, de l'assortiment relativement limité de médicaments essentiels disponibles, surtout au niveau des CCS. Cet assortiment, limité à l'essentiel pour éviter tout "coulage", est étudié pour couvrir la plupart des diagnostics qu'un infirmier est susceptible de poser dans la région où il travaille. Il est donc tout à fait normal que certains cas débouchent sur une ordonnance qui ne peut pas être entièrement satisfaite par la pharmacie du service de santé qui l'a délivrée. Mais ces cas sont plutôt rares, d'autant plus que les agents de santé répugnent à prescrire un médicament difficile ou impossible à trouver dans la sous-préfecture.

Une attention toute particulière devrait être accordée par les agents de santé à cette image négative qui, bien que largement injustifiée actuellement, n'en conditionne pas moins le comportement de recherche de soins des malades. Nous avons en effet déjà relevé à quel point l'approvisionnement en médicaments (ou plus exactement l'image qu'en a l'utilisateur potentiel) conditionne le recours à un service de santé (cf. partie I, chap. 3b). Il convient donc d'éviter absolument toute rupture de stock. Au besoin, l'assortiment de médicaments essentiels de chaque service de santé devrait être modifié pour répondre aux spécificités locales. Cette possibilité existe déjà, le choix de l'assortiment étant du ressort de l'infirmier; mais il n'est pas certain qu'elle soit suffisamment utilisée. De plus, une partie des médicaments considérés comme nécessaires ne peut pas être inclus dans l'assortiment puisqu'ils ne figurent pas sur la liste des médicaments essentiels. Il revient encore aux autorités sanitaires de mener une campagne d'information pour signaler les améliorations apportées ces dernières années au système de santé béninois. Cette information, preuves à l'appui, ne peut guère être diffusée par les agents de santé lors des consultations, puisque précisément ceux qui ont gardé l'image d'un approvisionnement déficient des services de santé publics en médicaments ne les fréquentent plus ou peu. Une fois encore, la radio rurale locale, qui arrose toute la sous-préfecture et même parfois bien au-delà semble-t-il, nous paraît un média privilégié pour toucher aussi cette population qui reste à l'écart des services de santé publics.

Le deuxième grief émis par certains répondants (plus de 6 %) à l'encontre des médicaments délivrés dans les services de santé est qu'ils ne sont pas ou pas assez efficaces:

Les produits qu'on nous vend à l'hôpital de Ouessè [le CSSP] coûtent cher et ne sont pas efficaces, c'est pourquoi je vais régulièrement à l'hôpital de Papané [l'hôpital Saint-Martin];

Il faut essayer de ravitailler le dispensaire de Tosso en médicaments efficaces, car l'hôpital de Papané est trop éloigné [il est symptomatique que l'alternative au CCS ne soit pas le CSSP de Ouessè, mais bien l'hôpital Saint-Martin de Papané];

Les agents nous vendent des médicaments qui ne sont pas efficaces pour la maladie dont nous souffrons; c'est pourquoi nous décidons de nous rendre à l'hôpital de Papané. De plus nous dépensons cher pour les médicaments ici;

Doter l'hôpital de Ouessè de vrais produits pharmaceutiques pouvant réduire les coûts de transport en direction de [l'hôpital Saint-Martin de] Papané;

Essayer de bien ravitailler l'hôpital de Ouessè pour que toutes ces maladies puissent être traitées là car Papané est trop loin;

Essayer de ravitailler l'hôpital de Ouessè en médicaments similaires à ceux de l'hôpital de Papané pour encourager les gens à aller à l'hôpital de Ouessè plutôt qu'à Papané.

Ici encore, les variations intervillageoises sont importantes (de 0 à 19 % des répondants). Les valeurs les plus élevées tendent à se retrouver dans les villages disposant d'un CSSP ou d'un CCS (Adougou, Attannondoho et Kilibo). Bénéficiant déjà d'un service de santé à proximité, ces personnes sont peut-être plus sensibles à l'efficacité des traitements dispensés que celles dont l'objectif prioritaire est l'obtention un tel service.

Si la demande pour des "médicaments efficaces" est fréquente, la même exigence d'efficacité ne vaut pas pour les agents de santé, secouristes compris. Quasi jamais, que ce soit dans cette question ouverte de l'enquête domiciliaire ou lors d'entretiens, la compétence en soi des agents de santé n'est remise en cause. Critiques et attaques personnelles sont rarissimes. Lorsqu'une consultation ne débouche pas sur les résultats escomptés, le malade incrimine l'inefficacité des médicaments prescrits. L'(in)efficacité d'un médicament n'est d'ailleurs généralement pas considérée comme intrinsèque. Chaque malade peut y réagir différemment, car "le sang de chacun est différent". Un traitement inefficace n'enlève donc rien à la pertinence de

la prescription. Le fait qu'un traitement soit inefficace parce que le diagnostic est erroné, ce qui est sans doute loin d'être rare, n'est jamais mentionné ni même suggéré.

Au-delà de cette conception qui met largement hors de cause a priori les compétences du thérapeute, d'autres raisons pourraient expliquer l'absence de critiques envers celui-ci. Pour un profane, souvent peu ou pas scolarisé et peu familier des principes de la biomédecine, il est difficile de douter des compétences des agents de santé. Cela revient à mettre en cause le savoir et le pouvoir conférés par une longue scolarité, complétée par une formation spécifique à la fois mystérieuse et prestigieuse, permettant de maîtriser la connaissance des Blancs sur la vie, la maladie et la mort. Relevant de la fonction publique, les agents de santé constituent de plus une émanation de l'Etat, qu'il convient de respecter, du moins lorsque l'on est en présence d'un étranger qui est à l'évidence lié aux autorités sanitaires locales. Il est de plus difficile pour les villageois de se montrer très critiques envers des compétences, peut-être pas aussi élevées qu'ils le souhaiteraient, mais néanmoins supérieures aux leurs et desquelles ils sont potentiellement dépendants. Il convient aussi de ne pas oublier que la critique ouverte peut provoquer de la rétorsion, alors que les malades ont bien plus besoin des thérapeutes que l'inverse, dans le secteur public du moins. Dans un contexte fortement marqué par la jalousie, la suspicion, l'esprit de vengeance, avec la sorcellerie comme bras armé, il est de plus extrêmement dangereux de porter une accusation grave contre un individu, par exemple d'affirmer que l'incompétence ou la négligence d'un thérapeute a conduit un parent à la mort.

Le troisième et dernier type de souhaits exprimés au sujet des médicaments disponibles dans les services de santé concerne leur prix. En fait, nous avons ici regroupé deux catégories de réponses: celles spécifiques au prix des médicaments et celles, plus générales, relatives au prix des prestations. Ces dernières englobent en effet la vente des médicaments, qui constituent d'ailleurs l'essentiel du prix total pour les consultations ambulatoires. Nous avons de plus remarqué que presque personne n'a souhaité à la fois une baisse des prix des médicaments et celle des prestations, ce qui suggère que les prestations ne doivent pas être entendues au sens strict de consultation, hospitalisation ou examen de laboratoire. Nous utiliserons donc ci-dessous le terme prestation dans un sens large, englobant les médicaments. Presque 10 % des répondants trouvent les prestations trop chères.

Le souhait d'une baisse des prix s'exprime dans une grande diversité de formes. Quand certains types de prestations sont spécifiés, il s'agit généralement des plus chères offertes par les services de santé:

Essayer de réduire le coût des opérations chirurgicales afin de permettre aux malades atteints de la hernie de vite se soigner;

La hernie est la maladie la plus fréquente qui nous fait dépenser: essayer de réduire le prix de l'opération;

Manque d'argent, opérations chirurgicales trop chères;

Nous sommes très contents qu'il y ait maintenant la chirurgie à l'hôpital de Ouessè. Essayer de réduire le coût des opérations;

Les produits sont trop chers, ce qui nous empêche d'être réguliers dans les centres de santé;

Il y a trop de morsures de serpents ici. Pouvez-vous baisser le prix du sérum antivenimeux?

L'Etat peut-il nous aider pour que les coûts de la visite et des soins soient à notre portée, comme c'est le cas à Papané?

Tout est cher à l'hôpital de Ouessè, y compris les frais d'hospitalisation et du traitement et des médicaments. Toute chose est à acheter. Même les injections sont payantes. C'est pourquoi nous aimons aller à [l'hôpital Saint-Martin de] Papané. Est-ce qu'on ne peut pas imiter Papané dans ces manières de payer [référence au paiement forfaitaire]?

L'Etat n'a qu'à nous aider à avoir plus de produits pharmaceutiques moins chers. En ce temps nous connaissons plus d'amélioration;

L'hôpital ne peut-il pas diminuer le prix des médicaments pour que nous autres nous puissions les acheter?

Les médicaments sont trop chers à l'hôpital de Ouessè, ce qui fait que nous préférons aller à l'hôpital de Papané.

Soins et médicaments paraissent d'autant plus chers qu'ils étaient gratuits (mais les médicaments étaient aussi souvent rares ou absents) à l'époque de la République populaire du Bénin. La population s'en souvient très bien et souhaite parfois explicitement un retour à la gratuité:

Dans les temps jadis, si on se rendait dans un centre avec un malade, les soins préliminaires étaient gratuits. Mais aujourd'hui, on ne soigne pas le malade avant de lui demander l'argent. Ce sont les critères qui font que nous restons à la maison avec nos maux, puis nous nous soignons à notre manière. Est-ce que l'Etat ne peut pas reprendre la vieille manière?

Les trois villages d'Adougou, d'Attannondoho et de Kilibo, disposant d'un CSSP ou d'un CCS, se distinguent à nouveau: 16 % à 28 % des répondants y mentionnent la cherté des prestations dans les services de santé. La cause en est ici encore probablement celle avancée plus haut: lorsque l'on a pas de difficulté d'accessibilité aux services de santé (ni d'ailleurs à l'eau potable ou à l'école), le taux de réponse diminue et leur nature se modifie. Gbanlin dispose bien d'une maternité, mais on a vu que ses habitants souhaitent prioritairement l'installation d'un dispensaire. A part ce cas particulier, Djegbé est le seul village disposant d'un CCS où les demandes de baisses de prix ne sont pas supérieures à la moyenne. Il est vrai que ce CCS n'est presque pas utilisé pour les soins curatifs, largement à cause de difficultés relationnelles entre la population et l'infirmière.

A Attata, 21 % des répondants se plaignent de la cherté des prestations. Ce village n'est qu'à 3 kilomètres du CSSP de Ouessè et ses habitants réclament peu souvent l'implantation d'un service de santé local. Avec 16 % des répondants souhaitant une baisse des prix, Gbédé est également au-dessus de la moyenne. Ce village ne dispose pourtant pas d'un service de santé si ce n'est une UVS peu fonctionnelle (mais dont les habitants réclament assez modérément la réhabilitation). Cette proportion assez élevée s'explique sans doute par le niveau économique très bas de des habitants de Gbédé (indice moyen de niveau économique de 0,61, le plus bas des treize villages enquêtés, pour une moyenne générale de 0,99). D'une manière générale, ce ne sont cependant pas les ménages les plus pauvres, selon notre indice assez grossier de niveau économique, qui invoquent le plus la cherté des prestations, bien au contraire. Avec 1,14, leur indice moyen est en effet paradoxalement sensiblement au-dessus de la moyenne générale.

Seuls les répondants de trois villages n'invoquent jamais la cherté des prestations. Il s'agit d'Odo Akaba et de Toui PK, les deux seuls villages de notre échantillon à être quasi exclusivement tournés vers l'hôpital Saint-Martin, et d'Akpéro, village tourné vers ce même hôpital et surtout vers le CCS de Kilibo. Suite à la dévaluation du FCFA, cet hôpital a fortement dû augmenter ses prix forfaitaires (cf. partie II, chap. 3a); depuis lors, il ne semble plus concurrentiel, du strict point de vue des coûts, avec les services de santé publics. Est-ce à dire que l'appréciation de la cherté des prestations est pondérée par leur qualité perçue et que, malgré ces prix relativement élevés, le rapport coût/efficacité (l'efficience) de cet hôpital est considéré comme bon? Cela est sans doute en partie le cas, mais le système de tarification forfaitaire pratiqué à l'hôpital Saint-Martin est aussi fort apprécié par certains. On y paie une somme fixe avant la consultation, puis quasi toutes les prestations, qui ne sont pas chichement comptées comme pourrait le laisser craindre un tel système, sont "gratuites". L'état d'esprit du patient est

alors différent: dans un service de santé public, plus il “consomme” et plus il paie; à l’hôpital Saint-Martin, plus il “consomme” et plus il en a pour son argent.

Selon des standards européens, les prix des médicaments essentiels vendus dans les services de santé publics sont extrêmement bon marché. Ils sont concurrentiels avec les prix pratiqués par les vendeuses de médicaments du marché et moins chers que ceux délivrés dans les pharmacies. En termes relatifs, les médicaments essentiels restent abordables, mais plutôt chers: un ouvrier payé à la tâche doit consacrer environ une journée de travail à l’achat des médicaments délivrés lors d’une consultation dans un service de santé public et une cueilleuse de coton environ deux jours. Encore ne faut-il pas oublier que le travail est très rare durant certaines périodes.

Deux autres types de réponses non spécifiquement liées aux médicaments concernent également les services de santé. Presque 3 % des répondants souhaitent une augmentation de l’efficacité des services de santé. Nous sommes là dans le même registre que les désirs de trouver dans ces derniers des médicaments efficaces:

Malgré nos énormes dépenses sur les coûts de traitement, de l'opération et des médicaments, l'hôpital de Ouessè ne nous soulage pas;

Il faut installer des centres de santé beaucoup plus perfectionnés;

Nous voudrions qu'il y ait moins de décès à l'hôpital de Ouessè.

Certains répondants précisent leur pensée: l’amélioration de l’efficacité passe par l’augmentation des moyens à disposition des services de santé:

L'hôpital [Saint-Martin] de Papané est plus équipé que celui de Ouessè, raison pour laquelle nous allons à Papané. Comment peut on faire pour que nos centres soient équipés?

Prestations thérapeutiques insuffisantes dans notre CCS et manque d'équipement.

Une fois encore, on ne fait que rarement allusion aux ressources humaines et à leurs compétences:

A l'hôpital de Ouessè, la compétence n'y est pas. Raison pour laquelle nous allons à [l'hôpital Saint-Martin de] Papané. Si vous voulez que nous fréquentions l'hôpital de Ouessè, envoyez-nous des chirurgiens blancs [pour beaucoup, blanc rime avec compétence, surtout dans le domaine de la biomédecine, puisque ce sont les Blancs qui l'ont introduite];

On a peur de l'opération à l'hôpital de Ouessè parce que ça met trop de temps. Est-ce qu'on peut avoir des chirurgiens efficaces et rapides en la matière?

L’amélioration de l’accueil dans les services de santé n’est mentionnée que par 2 % des répondants. Bien que certains agents de santé aient des progrès à faire en ce domaine, l’accueil ne paraît donc pas perçu comme un problème important dans la sous-préfecture de Ouessè. Pour les raisons invoquées plus haut, il est toutefois probable que certains aient préférés ne pas parler de ces aspects du fonctionnement des services de santé. D’autre part, certaines lacunes de l’accueil peuvent être considérées comme négligeables au regard du résultat et de son prix. Notons toutefois que quelques répondants, dont 11 % de ceux des hameaux *peul* de Gbaffo, signalent en termes virulents des problèmes d’accueil au CSSP de Ouessè et souhaitent voir y remédier. La plupart des problèmes d’accueil signalés se focalisent autour de questions d’argent, sans qu’il soit toujours possible de trancher si la cause en est une mauvaise information ou compréhension du système de tarification et des prix ou une rallonge occulte suggérée ou exigée par les agents de santé:

Les raisons qui nous chassent de l'hôpital de Ouessè: les produits pharmaceutiques sont chers, ils ne nous accueillent pas bien, si vous ne les financez pas, ils ne vont pas s'occuper de

vous, les sages-femmes crient sur nos femmes et ne s'occupent pas d'elles, elles disent des fois de ne pas troubler leur sommeil;

A l'hôpital de Ouessè, les agents nous considèrent comme des animaux, ainsi ils nous négligent. Ils disent que nous n'aimons pas faire de gestes aux agents de l'Etat, ainsi nous avons choisi [l'hôpital Saint-Martin de] Papané. Parfois, c'est au moment où la maladie a pris des aspects difficiles qu'ils commencent à s'occuper de nous;

Les agents de santé nous corrompent parce qu'ils prennent nos sommes et ne nous soignent pas, alors nous avons décidé de nous soigner à la maison. Est-ce que nous ne serions pas un peu soulagés contre la corruption si nous avions un Peul à l'hôpital?

Les agents de Ouessè nous découragent en nous demandant si on a amené suffisamment d'argent, donc ils sont voleurs. Donc mauvais accueil à leur niveau. C'est pour ça qu'on aime aller à [l'hôpital Saint-Martin de] Papané. A Papané les agents accueillent bien et courent sur les malades. Ainsi les malades et les parents sont soutenus sur le champ;

Les Peul transhumants sont taxés très cher à l'hôpital [le CSSP]. Pour les Peul de Gbaffo, les vieux agents de santé que l'on connaît ne nous trompent pas, mais les autres... Nous ne connaissons pas le prix des médicaments [entretien avec le "roi" des Peul du Gbaffo de Kpassa];

Apport d'un infirmier hospitalier pouvant soigner les gens avec conscience. La sage-femme refuse jusque là de consulter ma femme, qui est en état de grossesse;

Est-ce qu'on peut moraliser les agents de santé de Ouessè pour l'accueil? Est-ce que l'Etat peut nous envoyer des chirurgiens efficaces et des sages-femmes qui savent recevoir les femmes pour l'accouchement?

Les gens ne s'occupent pas vite de nos malades, on ne sait pas si c'est parce que nous ne sommes pas des Mahi. Alors face à ça, qu'est-ce que l'Etat peut nous faire pour que nous soyons satisfaits de l'hôpital de Ouessè?

Les cinq catégories de réponses énumérées jusqu'à présent sont celles où les services de santé sont explicitement mentionnés. Elles n'épuisent sans doute pas l'attente de la population envers eux, puisque de nombreuses autres réponses les impliquent aussi, au moins en partie, sans qu'ils soient cités. Beaucoup de souhaits exprimés par les villageois ne précisent en effet pas qui doit les réaliser. Plus de 14 % des répondants souhaitent une aide contre des problèmes spécifiques, c'est-à-dire surtout recevoir gratuitement des médicaments ou parfois des vaccins qui les guériraient ou les prémuniraient contre des maladies spécifiques frappant leurs ménages, voire les éradiqueraient. En voici quelques exemples:

Essayer de trouver un remède efficace pour l'épilepsie, qui est souvent chronique et face à laquelle ils sont toujours indifférents. [Remarquons que nous trouvons aussi ici une critique à peine voilée contre les agents de santé: l'inefficacité des médicaments contre l'épilepsie est imputée, non pas à la difficulté de trouver un tel remède ou à l'incompétence des agents de santé, mais à leur indifférence face à la souffrance d'autrui, et donc à l'absence d'efforts pour s'en procurer];

Contre la variole [sic] et la varicelle;

Contre le ver de Guinée;

Dons périodiques de médicaments à la population, surtout pour les maladies infantiles;

Essayer de trouver un médicament qui puisse éradiquer définitivement le "paludisme femelle";

Pour donner de la force aux muscles;

Je veux un vaccin contre le paludisme.

Presque autant (12 %) désirent une aide en produit pharmaceutiques. Cette demande est plus générale que la précédente, puisqu'elle ne répond pas à un besoin précis et actuel:

Je souhaite une boîte pharmaceutique dans mon ménage;

Apporter des produits pharmaceutiques efficaces avec amélioration de leur prix;

[Apporter des médicaments] pour redynamiser notre UVS.

Dans le même ordre d'idée, presque 1 % des répondants demandent des médicaments pour des "soins préventifs" non spécifiques:

Beaucoup de vaccins de différentes sortes pour prévenir les maladies [la même personne ne cite pourtant jamais la vaccination comme moyen de prévention des quatre maladies testées à ce sujet. Cela suggère une fois de plus que de nombreuses personnes connaissent la fonction de la vaccination, mais en ignorent les limites et l'utilité spécifique];

Ensemble, ces trois types de demandes de médicaments non adressée directement aux services de santé ont été exprimées par près de 27 % des répondants. Ce taux varie assez peu d'un village à l'autre. Seuls Wokpa, Toui PK et Akpéro, demandant tous trois massivement un service de santé, sont nettement au-dessous de la moyenne, et Kilibo, disposant d'un CCS, nettement au-dessus.

D'autres encore insistent sur la nécessité de disposer en permanence de médicaments dans le village (3 %), sans pour autant en réclamer directement pour eux-mêmes. Un infime minorité des répondants (1 %) souhaitent l'implantation d'une pharmacie dans leur village. Ces deux dernières catégories de répondants semblent plus préoccupés par la disponibilité locale des médicaments nécessaires que par leur gratuité.

Quelques personnes (2 %) précisent qui devrait leur venir en aide – l'Etat, des projets, nous-mêmes – tout en restant vagues sur leurs besoins et les modalités de cette aide:

Je demande l'aide de l'Etat contre les maladies dont nous souffrons.

Environ 5 % des répondants pensent que la promotion de la santé passe par l'"entretien", la "revalorisation" ou l'"amélioration" de la médecine traditionnelle. Certains ajoutent qu'il faut non seulement l' "encourager", mais encore l'"associer à la médecine moderne". Les répondants ne précisent pour ainsi dire jamais s'il font allusion à l'automédication à base de remèdes traditionnels, aux guérisseurs ou aux deux à la fois. Ils n'indiquent pas davantage qui doit revaloriser la médecine traditionnelle et comment. Certains justifient le maintien de la médecine traditionnelle par son accès économique aisé:

Je souhaite la sauvegarde de la médecine traditionnelle car l'argent fait défaut.

C'est à Odo Akaba, Djegbé et Akpéro que ce souhait est de loin le plus fréquent (15 % à 17 %). Ces villages se caractérisent par une utilisation de l'automédication traditionnelle un peu supérieure à la moyenne. Mais ce ne sont ni les seuls, ni ceux où cela est le plus marqué. Il n'y a d'ailleurs pas forcément de lien entre l'utilisation de tels remèdes et le désir de revaloriser la médecine traditionnelle. Par exemple, aucun répondant de Gbédé n'émet un tel souhait, alors que ce village est de loin celui qui utilise le plus l'automédication, en particulier de type traditionnel. Parler de revalorisation de la médecine traditionnelle dans ce cas serait d'ailleurs impropre, tant elle y reste valorisée. Ce sont peut-être les villages dans une situation "d'entre deux" qui souhaitent le plus raviver un savoir et des pratiques encore vivaces, mais de plus en plus menacées.

Une partie des répondants (5 %) insistent sur l'effet inhibiteur pour la santé de leur situation économique difficile. La pauvreté les empêcherait notamment de se soigner comme ils le souhaiteraient. Rejoignant ceux qui souhaitent explicitement une baisse des prix des prestations dans les services de santé, ces répondants pensent donc que la promotion de la santé passe par la baisse des prix, voire aussi par la promotion économique de la population:

Il y a trop de maladies graves. Le manque d'argent fait que les gens n'arrivent pas à envoyer les malades à l'hôpital, d'où un taux de mortalité élevé;

Je veux une aide en argent pour réduire les tracasseries, sources de maladies;

La dévaluation ne nous permet pas d'aller dans les hôpitaux;

Avant nous allions dans les hôpitaux ou les dispensaires, les infirmiers et les docteurs nous taxaient beaucoup et il n'y a pas d'argent, ce qui fait qu'on va dans les "cliniques"¹;

Le manque d'argent fait que nous mettons du temps pour amener les malades à l'hôpital;

Les produits pharmaceutiques sont chers, je demande la baisse des prix dans les pharmacies.

Tout comme l'éloignement des services de santé poussent certains à pratiquer, malgré eux selon leurs dires, l'automédication plutôt que de consulter un spécialiste de la santé, le manque d'argent peut avoir le même effet:

Le manque d'argent nous oblige à faire de l'automédication;

Je n'aime pas faire de l'automédication pour mes enfants, mais le prix des comprimés trop élevé dans notre dispensaire m'oblige des fois à faire de l'automédication, qui souvent n'est pas efficace;

Il faut essayer de diminuer le prix des médicaments car leur coût élevé fait que bon nombre de paysans s'adonnent aux produits traditionnels peu fiables qui entraînent souvent la mort;

Le manque d'argent nous oblige à nous adonner exclusivement aux tisanes et autres méthodes peu efficaces.

Finalement, un quart des répondants fournissent diverses autres réponses qui n'ont pas pu être classées dans les catégories ci-dessus. Ici encore, cette moyenne cache d'importantes différences intervillageoises: toutes les réponses recueillies à Wokpa ont pu être ventilées dans l'une ou l'autre catégorie déjà mentionnée, alors que la moitié des répondants d'Attannondoho sont classés sous "autres réponses".

Alors que presque toutes les réponses rapportées jusqu'à présent laissaient entendre ou même affirmaient clairement que l'amélioration de la santé du ménage passe par une action extérieure au ménage, à laquelle ce dernier déclare parfois vouloir s'associer, cette dernière catégorie de réponses laisse un peu plus de place à l'initiative des ménages. Bien sûr, on y trouve encore diverses demandes d'aide extérieure, surtout auprès d'instances supposées douées d'une grande maîtrise de la maladie ou responsables de la gestion de la santé:

Il faut demander, par le biais de l'Etat, à l'OMS, comme ça a été le cas pour l'onchocercose, de donner son appui aux localités les plus démunies pour éradiquer les virus qui nous causent tant de maux dont nous souffrons;

Comment l'Etat peut-il faire pour qu'il y ait la santé parfaite ici?

Il faut doter l'hôpital [le CSSP de Ouessè] d'une ambulance pour le déplacement des patients graves;

Il faut envoyer une autre matrone [pour remplacer la matrone décédée de Toui PK, alors que les matrones doivent être l'émanation de la communauté];

Il faut un frigo pour les vaccins et sérums au CCS;

Je demande que l'Etat crée un orphelinat car j'ai neuf orphelins dans mon ménage en plus de mes enfants. Ces enfants risquent de devenir des gangsters. Je demande aussi aide de l'Etat pour les aveugles;

¹ Les privés les mieux établis sont en fait plus chers que les services de santé publics. Celui auquel il est probablement fait allusion ici, à Kilibo, n'a pas ce statut et il se peut que le fractionnement des dépenses, le crédit et des ordonnances minimales avec de faibles quantités de chaque médicament le rendent effectivement attractif d'un point de vue financier.

Si l'Etat peut nous aider à survivre un peu, nous allons remercier Dieu, car après la mort de nos deux garçons, nous n'avons plus celui qui nous supportera. A notre âge, c'est nous qui supportons les orphelins.

Une certaine passivité face à la santé est également marquée par l'affirmation d'une grande dépendance extérieure en la matière. Le fatalisme est aussi présent, mais rarement:

Nous n'avons aucun autre moyen que d'aller à l'hôpital;

Nous n'avons que de quoi calmer avant d'aller à l'hôpital;

Il faut aller à la prière régulièrement;

Il n'y a pas de réponse pour nos questions, alors ce n'est pas la peine de poser des questions;

Il n'y a rien à faire;

Nous n'avons aucun moyen pour améliorer la santé de mon ménage;

Je m'en remets à Dieu;

Je prie tous les jours Dieu pour que ma famille ne tombe pas malade. C'est une affaire de chance;

Tout vient de Dieu, la protection comme la maladie.

L'idée de prévention de la maladie apparaît aussi parfois, alors que jusqu'à présent, toutes les mesures proposées étaient réactives. L'initiative de la prévention est le plus souvent vue comme du ressort des agents de santé. Le rôle de la population est d'y être réceptive. La minorité de personnes affirmant connaître des moyens de prévention contre certaines maladies lorsqu'on les interroge spécifiquement à ce sujet (cf. ci-après) pense rarement à citer la prévention comme moyen de promotion de la santé. Quelques pratiques proposées sont cependant d'une pertinence médicale plus que contestable:

Demander aux agents de mieux sensibiliser la masse paysanne et d'organiser des séances cinématographiques pour motiver nos parents paysans dans le domaine sanitaire;

Apprendre à nos masses à suivre les conseils des agents de santé ou du centre social. Bien sensibiliser nos femmes qui doivent veiller sur les enfants et l'hygiène alimentaire. Montrer à la masse les bienfaits de la médecine traditionnelle;

Il faut encourager la vaccination, faire connaître à la population l'importance des moustiquaires;

Il faut suivre les conseils des agents de santé. Aider le ménage à prévenir les maladies;

Je conseillerai à ma famille de boire de l'eau propre, c'est-à-dire de la pompe;

Nous avons seulement une pompe ici, alors en cas de panne, tout le village boit n'importe quoi. Est-ce que l'Etat ne peut pas nous faire d'autres pompes?

Prévention de la diarrhée avec de l'ampicilline [un antibiotique!] prise à l'avance;

Encourager encore la vaccination;

Utiliser la radio pour rappeler les séances de vaccination;

Sensibiliser la masse à l'utilisation de moustiquaires pour la protéger contre le paludisme;

Je mettrai tout en oeuvre pour protéger le ménage contre les piqûres de moustiques, entretenir l'hygiène domestique, faire régulièrement les vaccinations, déparasiter tout mon ménage [le fait-il déjà ou s'agit-il d'une déclaration d'intention motivée par les circonstances, comme le suggère le futur utilisé? En tous cas les connaissances de base sont bien présentes dans ce ménage];

Nivaquinisation et création de latrines;

Prévention, hygiène alimentaire et corporelle, salubrité de la maison, prise périodique de nivaquine pour prévention du paludisme, bonne alimentation, prime de soins pour les fonctionnaires;

Je veux des médicaments préventifs pour m'éviter des dépenses futures;

Je demande à Dieu de nous protéger des maladies.

Mais surtout, le désir de prendre son destin, et plus particulièrement sa santé en main, est aussi bien présent dans ces réponses, même si certaines paraissent de circonstance:

Consulter régulièrement l'hôpital;

Aller rapidement à l'hôpital [en cas de maladie];

Faire les remèdes traditionnels [pratiquer l'automédication traditionnelle] et suivre régulièrement les traitements au centre de santé;

Je veux créer dans mon ménage une petite pharmacie, afin de pouvoir vite soigner mes enfants lorsqu'ils tombent malades, avant de les amener à l'hôpital si c'est grave;

Avoir au moins à la maison une boîte pharmaceutique;

Je ne demande aucune aide. Il faut faire l'automédication;

Il faut acheter des comprimés après l'arrivée de la maladie;

Il vaut mieux aller au centre de santé pour pouvoir diagnostiquer son mal que d'aller voir la pharmacie ambulante ou de prendre quelque chose à tâtons. Qu'est-ce que l'Etat peut faire pour combattre ces vendeurs de produits [un agent de santé]?

Nous allons trouver une remplaçante pour la matrone décédée;

Bonne collaboration entre tous les membres du ménage [cette affirmation peut être entendue de différentes manières; elle peut notamment prendre une signification toute particulière dans un contexte marqué par la jalousie, la haine, la sorcellerie, le plus souvent au sein des familles et des ménages];

Comme je suis moi-même fort pour les traitements familiaux, je préfère continuer aussi l'automédication [mais il souhaite tout de même aussi un centre de santé pour le village];

Nous attendons l'aide de l'Etat. Nous devons aussi compter sur nos propres forces en utilisant nos pharmacopées;

Nous sommes prêts à faire la construction du centre de santé et nous voulons que l'Etat le dote en médicaments;

Nous devons nous entretenir correctement pour faciliter la tâche des agents de santé;

Je demande des visites à domicile pour nous enseigner les maladies;

Je suis satisfaite de l'hôpital et ne connais pas d'autres moyens plus efficaces, sinon je les utiliserais [soeur d'un ancien agent de santé du CSSP de Ouessè].

La promotion de la santé n'est alors souvent pas considérée comme un but en soi, mais plutôt comme la conséquence d'un processus plus général de développement économique, auquel des acteurs extérieurs, souvent l'Etat, doivent contribuer:

Augmenter les prix des produits agricoles;

Achat de produits agricoles par l'Etat;

Que l'Etat adopte une bonne politique de commercialisation de nos produits agricoles afin d'avoir de l'argent pour nous permettre de mieux répondre à nos besoins sanitaires;

Encourager l'élevage des bovins;

Encouragement par l'Etat de projet d'élevage de volailles;

Aider à trouver un débouché afin d'éviter le chômage;

Créer des emplois pour les jeunes;

Trouver une vaste superficie pour nos pâturages [les pâturages des Peul sont de plus en plus grignotés par les champs des agriculteurs].

Une enquête de l'UNICEF (1990) avait d'ailleurs montré que les besoins ressentis et exprimés par la population de quatre sous-préfectures béninoises (eau, commercialisation des produits agricoles...) renvoyaient rarement à des problèmes de santé et jamais à la vaccination, qui ne serait une préoccupation qu'en cas d'épidémie.

Un constat majeur se dégage de l'ensemble des réponses concernant ce qu'il faudrait faire ou avoir pour améliorer la santé du ménage ou l'aider à se soigner: la population attend massivement qu'on – un "on" plus ou moins défini – fasse quelque chose pour améliorer sa santé. Volontairement, la question ne précisait pas les acteurs potentiels des actions à mener pour ce faire. La première partie de la question était neutre à ce sujet (mais le contexte d'énonciation l'était sans doute moins!): le "que faudrait-il faire ou avoir" pouvait renvoyer aussi bien au ménage qu'à la famille, la communauté, l'Etat, une ONG ou la coopération étrangère. En introduisant maladroitement le mot "aide" – très connoté – dans le deuxième terme de la question, nous avons sans doute suggéré que nous faisons surtout référence à une action extérieure. De fait, il est très rare que les personnes interrogées mentionnent explicitement ce qu'elles-mêmes ou les membres de leur ménage ou de la communauté pourraient ou devraient faire pour améliorer la situation sanitaire. Les références implicites à une participation de leur part sont un peu plus nombreuses. Mais cette participation se limite le plus souvent à consommer les prestations ou les médicaments qu'une "aide" extérieure voudrait ou devrait leur fournir.

Cette très faible capacité ou volonté (la limite entre les deux étant du reste floue) de prendre davantage en charge au niveau du ménage et/ou de la collectivité locale son destin sanitaire résulte en partie du biais mentionné ci-dessus. Mais la tendance est si massive que ce biais ne saurait à lui seul l'expliquer. Ces réponses semblent surtout traduire une attitude plus générale que l'on retrouve largement dans les relations individuelles et de groupes: la "politique de la main tendue" envers toute personne ou institution susceptibles d'y laisser ne serait-ce qu'une miette. Dix-sept années de marxisme-léninisme (à la mode béninoise), pendant lesquelles la santé était en principe gratuite (quand les soins et les médicaments étaient réellement disponibles), ne sont sans doute pas étrangères à cette attitude. Mais elles n'ont fait que renforcer une tendance bien plus profonde qui, répétons-le, ne se limite de loin pas au secteur sanitaire.

Le deuxième constat majeur est que, pour la population, l'amélioration de la santé passe avant tout par des mesures curatives, a posteriori, plutôt que par des mesures préventives, a priori. La promotion de la santé, c'est encore essentiellement la lutte contre les maladies, après qu'elles se soient déclarées. Les moyens de prévention sont rarement cités. Les consultations prénatales ne sont pas exemple jamais mentionnées, la vaccination exceptionnellement (ce qui n'empêche d'ailleurs pas ces deux types de prévention d'être bien pratiqués). Etonnamment, la prise de tisanes traditionnelles préventives, voire le port de gris-gris, ne sont pas davantage signalés, alors que des questions spécifiques sur la prévention montrent qu'ils sont largement connus, si ce n'est pratiqués. Pas plus que les agents de santé, et cela malgré le discours officiel, la population n'a une approche préventive de la santé. De plus, cette approche curative plébiscite les services de santé (toujours l'apport extérieur!), au détriment de la valorisation et de l'amélioration de compétences sanitaires et médicales internes au ménage, alors même que la plupart des traitements consistent dans les faits en de l'automédication. Des efforts

considérables, à tous les niveaux, seront donc nécessaires pour réellement orienter le Bénin dans cette direction.

La troisième conclusion importante est que, au-delà d'une grande variété apparente des réponses, quelques thèmes reviennent de façon récurrente et constituent à eux seuls l'essentiel des actions de promotion de la santé souhaitées. Le premier concerne les remèdes. Une grosse moitié des répondants en parlent. Il s'agit alors presque toujours des seuls médicaments modernes. Les souhaits exprimés concernent leur disponibilité, leur prix, leur efficacité, mais aussi les dons et aides en médicaments, que ce soit pour des problèmes de santé spécifiques, la prévention ou des besoins (futurs) indéterminés. La demande s'adresse principalement aux services de santé, c'est-à-dire explicitement ou implicitement au secteur public ou à l'Etat en général. Il est frappant de constater à quel point l'efficacité thérapeutique d'une consultation est attribuée essentiellement aux médicaments, dans lesquels résiderait l'efficacité symbolique du traitement (SACHS et TOMSON, 1992).

Le deuxième thème fréquemment relevé – par plus d'un tiers des répondants – concerne l'ensemble des prestations explicitement attribuées aux services de santé. On y retrouve en bonne position les médicaments (exclusivement ceux qui sont liés par nos interlocuteurs aux services de santé), la qualité de l'accueil, le prix et l'efficacité des prestations. Encore une fois, seuls les services de santé publics sont impliqués par ces réponses. L'hôpital Saint-Martin de Papané est assez souvent cité, mais toujours par opposition aux services de santé de l'Etat. Aucun souhait ou critique n'est jamais émis à son égard. D'ailleurs, les répondants des deux villages de notre échantillon qui l'utilisent presque exclusivement sont moins de 5 % à relever quelque chose à propos des prestations des services de santé (mais alors pas celles de l'hôpital confessionnel). Dans le discours, il est seulement utilisé comme antithèse du secteur public, comme un modèle idéal, mais aussi idéalisé, pour ce dernier. Plusieurs interlocuteurs ont conclu leurs critiques envers les prestations du secteur public par "... c'est pourquoi nous allons à Papané". Les troisièmes et quatrièmes parties de cette thèse ont pourtant clairement montré que, à l'exception des habitants de la commune de Toui, seule une minorité des consultations effectuées par les habitants de la sous-préfecture se sont déroulées dans cet hôpital. De plus, le recours exclusif à cet établissement est exceptionnel. Les pratiques de recherche de soins ne sont donc de loin pas aussi tranchées que le laissent supposer l'opposition entre l'image très positive de l'hôpital confessionnel et celle, assez médiocre, voire négative, des services de santé publics. Il est toutefois vrai que le relatif éloignement de l'hôpital Saint-Martin "protège" les services de santé du secteur public. Un de nos interlocuteurs le dit d'ailleurs de manière explicite:

Si l'hôpital Saint-Martin était ici [à Ouessè], le CSSP n'aurait plus qu'à fermer.

L'absence quasi totale de mention du secteur privé pourrait signifier qu'il est tenu pour quantité négligeable par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè, ce qui est effectivement encore le cas à l'heure actuelle. Il en irait de même des églises thérapeutiques, dont l'existence ne transparaît jamais dans les réponses. Il est cependant à noter que les vendeuses de médicaments sont elles aussi complètement ignorées dans les réponses (à l'exception d'un infirmier qui les condamne), alors qu'elles sont très largement utilisées. En fait, seul le secteur de santé public et plus généralement l'Etat sont l'objet de demandes ou de critiques. La population renvoie l'Etat à sa responsabilité d'assurer la sécurité, notamment sanitaire, des citoyens. La population se sent en droit d'exprimer des souhaits, de demander (sans espoirs démesurés) auprès de l'Etat. Mais comme dans toute situation de dépendance, la critique est rare ou voilée: on laisse entendre que le père ne s'occupe pas assez de ses enfants, qu'il les oublie, alors que ces derniers souffrent, ont besoin de lui. Cette relation de dépendance explique en partie pourquoi les critiques contre les agents de santé eux-mêmes sont rarissimes.

Par contre, aucun contrat tacite unit a priori la population aux secteurs privé et confessionnel. Que leurs objectifs soient commerciaux, philanthropiques ou religieux, ils ne doivent rien à la population, du point de vue de cette dernière. Tout ce qu'ils offrent est un complément bienvenu, que l'on ne saurait critiquer, à l'action nécessaire de l'Etat.

Cette attente différenciée de la population envers les divers secteurs de santé a déjà été observée au Cameroun par Hours (1986), qui y relève une

conception charitable de la santé publique, liée à la pauvreté et à la misère, qui suppose un "don" de l'Etat pour "soulager" les gens.

Le fait de payer des impôts et le sentiment d'oeuvrer pour l'Etat confèreraient à la population camerounaise un droit à la santé, dont le corollaire pour l'Etat serait un devoir de soigner gratuitement. Ce devoir ne s'étendrait pas aux cliniques privées, qui sont perçues comme réservées aux gens aisés.

En fait, les agents de santé sont les grands absents du corpus de réponses. On ne relève ni leur (in)compétence, ni leurs qualités humaines, ni même leurs absences. Les mots "agents de santé", "personnel", "infirmiers", "docteurs" et "sages-femmes" ne sont pour ainsi dire jamais prononcés. Les rares critiques de l'accueil restent impersonnelles: "A l'hôpital de Ouessè...". La crainte d'attaquer de front ces professionnels de la santé publique y joue un rôle, mais tout se passe aussi comme si les médicaments ont évacués ceux qui les prescrivent et dispensent les soins: l'agent de la santé n'est pas l'agent de santé, mais le médicament. L'instrument thérapeutique en vient à occulter le professionnel qui le manie, à s'autonomiser. Les villageois réclament d'ailleurs plus de médicaments et des médicaments plus efficaces dans les services de santé, jamais plus de personnel et quasi jamais plus de compétence. D'ailleurs beaucoup souhaitent simplement une grande disponibilité de médicaments dans le village, disponibilité pas forcément médiatisée par un service de santé, ou une aide directe en médicaments à leur ménage. L'essentiel est donc pour beaucoup de disposer de médicaments efficaces. Pour le reste, les villageois se débrouillent. L'immense succès de l'automédication confirme bien le rôle annexe des agents de santé.

Remarquons encore que, malgré le désir officiel d'impliquer la "communauté"¹ dans la gestion des services de santé "communautaires", principalement par la création de comités de gestion de la santé au niveau communal (COGEC) et au niveau sous-préfectoral (COGES), personne n'a fait allusion à ces deux types de comités, ni à un quelconque désir de participer à la gestion ou au contrôle des activités des services de santé. La population se situe clairement dans une optique de consommateur. Elle attend des services de santé publics des soins efficaces, géographiquement et économiquement accessibles, pas la participation à leur gestion (quel est d'ailleurs le pouvoir réel d'un représentant de la communauté?) et à la recherche de solutions aux problèmes locaux. Lorsque la demande n'émane pas de la base, mais qu'elle vient d'en haut (dans quels buts?), les chances de succès sont bien faibles.

Cité par environ un tiers des répondants, un troisième grand thème émerge des réponses: la construction d'un service de santé public dans le village. Nous l'avons vu, chaque village à plus de 2 ou 3 kilomètres d'un service de santé souhaite disposer de son centre de santé, qu'il justifie par l'accessibilité limitée des centres existants. Dans la sous-préfecture de Ouessè, seules la création ou la redynamisation d'UVS sont encore théoriquement envisageables, puisque les autres objectifs de la planification sanitaire nationale y sont remplis. Or la plupart ne s'en contentent pas et souhaitent un CCS ou du moins un dispensaire. Lorsque la réhabilitation d'une

¹ On se garde généralement bien de donner un contenu précis à ce terme, souvent synonyme d'habitants d'une petite unité administrative: village officiel, commune, voire sous-préfecture. Ce terme suggère faussement que la proximité de résidence implique l'homogénéité sociale et la communauté d'intérêt (voir BIERSCHEK et DE SARDAN, 1998, pour des études de cas béninois des conflits entre différents groupes stratégiques au niveau local).

UVS est proposée, le moyen d'y parvenir est aussi souvent proposé: réapprovisionner en médicaments. A l'exception de Toui PK où la matrone-secouriste venait de décéder, jamais aucun problème n'est explicitement signalé avec les matrones ou les secouristes. Cela confirme ce qui vient d'être dit plus haut à propos du personnel. Beaucoup semblent se contenter de voir dans le secouriste le simple gestionnaire d'un petit dépôt pharmaceutique. Ce que certains d'entre eux sont déjà en effet, mais avec une caisse pharmaceutique mal approvisionnée. La repourvoir en médicaments apporterait alors une sécurité d'approvisionnement aux villages isolés, actuellement mal garantie par les revendeuses de médicaments.

Un quatrième et dernier grand thème est encore mentionné par environ un septième des répondants: les difficultés économiques. Certains villageois affirment que le prix des médicaments, des soins et du transport les empêchent de se soigner comme ils le voudraient et notamment de fréquenter les services de santé. Encore une fois, ce sont les deux villages qui utilisent presque exclusivement l'hôpital Saint-Martin de Papané pour lesquels l'inaccessibilité économique des services de santé est le moins souvent mentionnée (environ 2 %), alors que ces villages sont plus pauvres que la moyenne. Après la dévaluation du FCFA, le recours à cet hôpital revient pourtant généralement plus cher que l'utilisation d'un service de santé public. Il faut y voir une nouvelle manifestation du refus de critiquer un service de santé non étatique, par ailleurs fort apprécié, tout comme son système de tarification forfaitaire qui empêche toute mauvaise surprise financière.

L'accessibilité économique ne saurait de loin pas expliquer à elle seule la grande fréquence de l'automédication. Mais nous avons effectivement constaté (cf. partie IV, chap. 2b) que le taux de recours extérieurs augmente avec le niveau économique des ménages. Mais ce sont de loin pas les villages les plus pauvres qui signalent le plus fréquemment des difficultés d'accessibilité financière aux services de santé. Ces problèmes sont en général d'autant plus souvent mentionnés que l'on n'a pas besoin de demander la construction d'un service de santé, c'est-à-dire que l'on habite dans un chef-lieu de commune ou de sous-préfecture, localités déjà dotées de services de santé et en moyenne plus riches que les autres. Ainsi, même s'il y avait la possibilité de donner plusieurs réponses, la disponibilité ou non d'un service de santé influence fortement la fréquence des demandes autres que la construction en priorité d'un service dans le village. Les réponses obtenues dans chaque village dépendent donc beaucoup des conditions locales, comme la présence ou non de certaines infrastructures. Par exemple, à une question proche de la nôtre ("In your opinion, how could health and health care be improved in Keiskammahoek?"), posée dans une petite zone rurale du Ciskei disposant d'une offre de santé abondante et variée, Segar (1997) a principalement obtenu trois types de réponses:

- des problèmes d'approvisionnement en eau;
- le manque d'argent;
- le manque de transports publics.

Les demandes relatives aux services de santé y restent marginales, puisque la situation est satisfaisante à cet égard.

b) Connaissance des moyens de prévention du "paludisme femelle", de l'"attaque", de la diarrhée et de la rougeole

En moyenne, à peine trois ménages sur dix connaissent un ou des moyens permettant de prévenir chacune des affections suivantes: "paludisme femelle", "attaque", diarrhée et rougeole, considérés globalement (cf. Tableau 156). La moitié de ces moyens de prévention sont de type "traditionnel", l'autre de type "moderne" ou une combinaison des types moderne et traditionnel.

Par moyen de prévention traditionnel, nous entendons essentiellement la prise, dans un but de prévention, de tisanes et/ou de bains ou de frictions avec une décoction confectionnée à partir de plantes ou d'écorces. La même préparation est d'ailleurs souvent utilisée à la fois à usage interne et externe. Le port de gris-gris et les prières entrent aussi dans cette catégorie, lorsque nous opposons traditionnel à moderne, mais rentre dans la catégorie "autres", lorsque nous détaillerons davantage les types de mesures préventives connues. Les nouveau-nés bénéficient tout particulièrement de tels traitements préventifs. Nous rangeons parmi les moyens de prévention moderne la vaccination, la prise de médicaments modernes à but prophylactique, l'usage de moustiquaires, d'insecticide, l'hygiène, l'action sur le milieu...

Si la connaissance de moyens et comportements préventifs est plutôt peu répandue, les moyens traditionnels occupent encore une place légèrement prépondérante parmi eux, puisque les moyens modernes, à l'exclusion de toutes combinaisons avec des moyens traditionnels, n'atteignent pas la moitié des mentions. Il est possible d'établir ici un parallèle entre les mesures préventives et les remèdes utilisés en automédication. Parmi ces derniers, les remèdes traditionnels sont presque aussi fréquemment employés que les médicaments modernes. Les moyens préventifs traditionnels et les remèdes traditionnels relèvent tout deux essentiellement de la phytothérapie. La "mixité" de certaines réponses et la proportion déjà importante de mesures préventives uniquement modernes citées, montrent cependant clairement que tout comme il existe une transition pharmacologique bien amorcée, la connaissance des moyens préventifs est aussi en mutation, mais semble-t-il moins avancée que la précédente. Mais plus peut-être que ce constat d'évolution des connaissances en matière de prévention, c'est leur faiblesse, tous types confondus, qui est à retenir. Il y a là un champ immense pour l'action sanitaire, au sens large. Les agents de santé ne sont en effet pas seuls concernés. Les enseignants, les agents des centres sociaux, les médias... ont leur rôle à jouer.

Tableau 156 Connaissance par les ménages de la sous-préfecture de Ouessè de moyens permettant de prévenir certaines maladies (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Oui		Non		Total	
	N	%	N	%	N	%
"Paludisme femelle"	253	39.2	393	60.8	646	100.0
"Attaque"	172	26.7	471	73.3	643	100.0
Diarrhée	143	22.2	502	77.8	645	100.0
Rougeole	190	29.4	456	70.6	646	100.0
Total	758	29.4	1822	70.6	2580	100.0
Total "moyens traditionnels"*	378	50.7				
Total "moyens modernes"*	368	49.3				
Total	746	100.0				

* Nous n'avons enregistré qu'une réponse par maladie et par ménage, mais cette réponse peut être une combinaison de différents moyens. Le cumul de moyens traditionnels et modernes, pour la même maladie et dans le même ménage, est rangé dans la catégorie des moyens modernes.

Parmi les quatre maladies retenues, c'est le "paludisme femelle" qui bénéficie du maximum de connaissances en matière préventive, puisque 39,2 % des ménages connaissent au moins un moyen pour empêcher son apparition. La rougeole et l'"attaque" suivent assez loin derrière, avec respectivement 29,4 et 26,7 %. La diarrhée, problème de santé très fréquent chez les jeunes enfants, ferme la marche avec seulement 22,2 %. Ces variations de connaissance d'une maladie à l'autre traduisent la diversité des moyens à mettre en oeuvre en matière de

prévention. Tantôt le nombre potentiel de moyens préventifs différents est limité, comme pour l'“attaque”, la diarrhée et la rougeole, tantôt il est large, comme pour le paludisme. La probabilité que l'on connaisse au moins une mesure préventive varie sans doute en conséquence. Il n'existe pas de moyens de prévention communs à toutes les maladies. Savoir en prévenir une n'implique donc pas forcément que l'on sache en prévenir une autre. On constate cependant que les 49,3 % des ménages qui savent prévenir au moins une maladie déclarent généralement des connaissances pour plus d'une maladie. Ainsi, 11,3 % de tous les ménages affirment que l'on peut prévenir chacune des quatre maladies citées, 10,4 % exactement trois d'entre elles, 12,1 % deux et seulement 15,9 % une. En matière de prévention, tout se passe donc comme si la connaissance appelle la connaissance.

Voyons, pour chacune des quatre maladies, quels sont les moyens de prévention cités par la minorité de ménages qui en connaissent au moins un. Pour prévenir le “paludisme femelle”, plus de la moitié (52,4 %) des moyens connus sont traditionnels, auxquels il faut encore rajouter 2 % faisant référence à l'étiologie populaire de cette maladie: il suffirait d'éviter les efforts intenses, certains précisant “sous le soleil”. La prise préventive de nivaquine, sans autres mesures, arrive en deuxième position, loin derrière (12,7 %), alors que l'utilisation d'une moustiquaire est peu citée comme mesure unique (4,8 %). Près de 23 % des mentions indiquent diverses combinaisons de deux ou trois des moyens cités ci-dessus pour prévenir le “paludisme femelle”. Il y a notamment l'usage de moustiquaires et de nivaquine (7,5 %), de tisanes traditionnelles et de nivaquine (6,7 %) ou encore la moustiquaire et la nivaquine associés à la non exposition au soleil (2 %) ou avec la limitation des efforts intenses (2,4 %)... Une catégorie résiduelle “autre” constitue 5,6 % des réponses, avec une grande diversité de moyens cités: porter des vêtements longs, utiliser de l'insecticide, assécher les trous d'eau..., mais aussi vacciner!

Tous les moyens disponibles pour prévenir le paludisme ont donc été cités, mais fort rarement pour certains d'entre eux, comme la lutte contre les gîtes larvaires, le port d'habits longs le soir, l'élimination des moustiques dans les maisons et même l'usage de moustiquaires. Au total, ce dernier apparaît dans 19,1 % des mentions, que ce soit comme unique moyen cité ou non. Mais si l'on tient compte du fait qu'à peine 40 % des ménages connaissent des moyens de prévention contre le paludisme, ce n'est que 7,5 % du total des ménages qui connaissent (ou pensent à citer) le rôle protecteur des moustiquaires. Leur utilisation est donc très loin d'être généralisé dans la sous-préfecture de Ouessè, même si certains, ignorant le lien entre anophèles et paludisme, les utilisent pour se prémunir contre le désagrément des piqûres. Personne n'a cité les moustiquaires imprégnées d'insecticide, alors que cette méthode efficace tend à se répandre en Afrique (AIKINS, FOX-RUSHBY, D'ALLESSANDRO [*et al.*], 1998) et qu'elle est connue dans certaines régions du Bénin (RASHED, JOHNSON, DONGIER [*et al.*], 1997). Même la prise de nivaquine, citée seule ou avec d'autres mesures par un tiers de ceux qui connaissent un moyen de prévention du paludisme, n'est au total connue (ou plus exactement citée!) que par moins de 13 % des ménages dans son rôle prophylactique, son action curative contre le “paludisme femelle” étant connue de tous. Lors des consultations prénatales, suivies par la plupart des femmes enceintes, de la nivaquine¹ est pourtant vendue à bas prix pour limiter les risques d'anémie durant la grossesse. Cette massive utilisation prophylactique de nivaquine ne semble donc pas jouer de rôle promotionnel, ne serait-ce qu'au niveau des connaissances.

La connaissance des moyens classiques de prévention du paludisme est donc très peu répandue dans la population. Leur mise en oeuvre concrète au niveau des ménages se heurte de plus à de nombreuses difficultés: contraintes et désagréments divers, coût, efforts permanents... Ils sont donc peu populaires et partant d'une utilité peu évidente, puisque rarement

¹ Ou plutôt de la chloroquine, pour reprendre son nom générique en usage dans les services de santé publics du Bénin.

expérimentés. Leur apport réel en matière de prévention est donc fort limité, ce qui ne favorise pas leur diffusion au sein de la population, ne serait-ce qu'à un niveau théorique. De plus, l'étiologie prêtée au "paludisme femelle" gêne sans doute l'acceptation d'une partie des moyens de prévention modernes, ceux en relation avec la lutte antivectorielle. Elle ne devrait par contre pas contrarier la prise prophylactique de nivaquine, puisque la prise de tisanes préventives paraît tout à fait compatible avec cette étiologie.

Notons encore que beaucoup, notamment les plus scolarisés, connaissent aussi bien l'étiologie populaire que l'étiologie scientifique du paludisme. Ils ne savent souvent trop laquelle adopter, cherchant à les accommoder. Ce en quoi, sans le savoir, ils n'ont pas tort. Des travaux récents montrent en effet que les *Plasmodium* s'expriment plus facilement sous forme d'une crise de paludisme lorsque l'organisme est par ailleurs fragilisé, stressé. Ce qui est manifestement le cas lors d'efforts physiques excessifs, sous un dur climat. Les futures campagnes de prévention pourraient utiliser ces nouveaux développements pour valoriser l'étiologie populaire, tout en la prolongeant par l'étiologie scientifique qui motive les actions de prévention.

Les moyens de prévention contre l'"attaque" sont principalement constitués de tisanes traditionnelles (55,8 %). La vaccination constitue 37,2 % des mentions, les tisanes et la vaccination ensemble 2,9 % et diverses autres mesures 4,1 %. La vaccination ne se révèle efficace que dans la mesure où l'"attaque" désigne bien le tétanos (et non pas le neuropaludisme, autre correspondance possible).

Plus du tiers (35 %) des moyens de prévention de la diarrhée cités sont exclusivement traditionnels. Les mentions de l'hygiène alimentaire¹ associée à l'eau potable suivent de près, avec presque 30 %, précédant de peu l'hygiène alimentaire seule (presque 28 %). Diverses autres mesures préventives constituent les 7,3 % restant. Il est étonnant que personne n'ait cité l'eau potable seule. Elle a toujours été mentionnée en association avec l'hygiène alimentaire, alors que cette dernière est souvent citée seule, comme si l'on pensait assez facilement aux aliments, mais que seule une partie plus limitée de la population – la plus éduquée? – connaît le rôle joué par l'eau dans les maladies diarrhéiques. Ici encore, le nombre de ménages affirmant connaître des mesures de prévention potentiellement efficaces (nous ne nous prononçons pas sur les moyens traditionnels) est extrêmement limité: 6 à 7 % pour l'hygiène alimentaire et autant pour l'hygiène alimentaire et l'eau potable.

Presque 59 % des mentions de mesures préventives contre la rougeole font référence à la vaccination. Les moyens traditionnels suivent loin derrière, avec presque 36 %, alors que la vaccination et les moyens traditionnels cités conjointement comptent pour environ 4 % des mentions. Moins de 2 % de diverses autres mesures sont signalées. Avant les remarquables campagnes du Programme élargi de vaccination (PEV), la rougeole faisait des ravages dans la sous-préfecture de Ouessè et ailleurs au Bénin. Depuis, le nombre de cas a fortement diminué, ce qui n'est pas passé inaperçu auprès de la population. Nous avons déjà dit que c'est principalement l'efficacité du PEV contre la rougeole qui motive les parents à faire vacciner leurs enfants. Ce contexte explique la proportion élevée de mentions de la vaccination comme un moyen de prévenir la rougeole. Ce résultat n'est pourtant pas aussi encourageant qu'il n'y paraît. En effet, si l'on considère l'ensemble des ménages interrogés et non plus seulement ceux qui connaissent l'un ou l'autre moyen préventif contre la rougeole, seuls 18,4 % d'entre eux mentionnent la vaccination, que ce soit seule ou en association avec des moyens traditionnels. Ce chiffre est à mettre en parallèle avec le taux de couverture vaccinale contre la rougeole de

¹ Comme pour tous les autres moyens de prévention, il s'agit là bien sûr de catégories que nous avons construites à partir d'une grande variété de réponses à une question ouverte. Une des formulations les plus fréquentes pour cette catégorie est: "Il faut bien laver les aliments avant de les manger".

70 % en 1994 pour la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie II, chap. 2a). Il apparaît alors qu'une majorité de parents font vacciner leurs enfants contre la rougeole, apparemment sans savoir contre quoi protège ledit vaccin. Nous sommes alors en droit de nous interroger sur leurs motivations réelles et sur ce que cela pourrait impliquer, à l'avenir, pour les différents taux de couverture vaccinale.

Ce résultat est à rapprocher de ceux d'une enquête menée en février 1990 auprès de 1'254 mères d'enfants de 12 à 23 mois de tout le Bénin (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1990). Cette enquête sur la mobilisation sociale du PEV consistait en l'un des modules de la "Revue du Programme élargi de vaccination". A une époque de grande campagne médiatique autour du PEV, cette enquête demandait aux femmes quelles étaient les maladies cibles du PEV, et non pas, beaucoup moins directement comme nous l'avons fait, quels sont les moyens de prévenir certaines maladies, dont la rougeole (sans suggérer de réponses). Selon l'enquête de 1990, seules 32 % des femmes étaient capables de citer au moins deux des six maladies cibles du PEV, dont 18 % la rougeole et 8 % le tétanos. En revanche, 32 % des femmes n'ont cité aucune maladie du PEV parmi celles qu'elles pensaient être cibles du PEV. Parmi les maladies erronées citées, la diarrhée et le paludisme arrivaient largement en tête. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le Zou, avec 62 % des femmes connaissant au moins deux maladies cibles du PEV. Par ailleurs, seules 47 % des femmes savaient que les enfants de moins d'un an et les femmes en âge de procréer constituent les populations cibles du PEV, alors que 41 % d'entre elles pensaient qu'elles se limitaient aux enfants et que 12 % des réponses étaient entièrement erronées. De plus, 61 % des femmes pensaient que la vaccination avait un rôle préventif, 20 % affirmaient qu'elle avait pour but de guérir et 16 % ignoraient l'utilité de la vaccination. Par contre presque toutes (96 %) avaient entendu parler de la vaccination.

Ainsi, en moyenne nationale, seules 18 % des mères du Bénin savaient que la vaccination concerne la rougeole, proportion que l'on retrouve cinq ans plus tard avec notre enquête dans la sous-préfecture du Ouessè (avec une question tournée très différemment, il est vrai). Ces deux enquêtes confirment que le travail d'éducation sur l'utilité de la vaccination, sur les populations cibles et sur les maladies cibles est loin d'être achevé, ce qui, une fois encore, ne semble d'ailleurs pas avoir des répercussions trop importantes sur les niveaux de couverture vaccinale. Ces graves lacunes dans l'information relative à la vaccination ne sont de loin pas propres au Bénin. Sur 50 femmes interrogées dans la banlieue de Dakar, aucune ne savait avec précision contre quelle maladie son enfant était vacciné et toutes ignoraient que le vaccin antirougeôléux servait à empêcher, et non simplement à atténuer, la rougeole, première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans de cette région (FASSIN, 1992).

Il existe une association statistiquement très significative ($p = 0,0001$) entre le niveau scolaire du chef de ménage (bien que ce ne soit pas toujours lui qui ait répondu) et la connaissance de moyens de prévention des maladies, quels qu'ils soient. Nous nous sommes contenté de comparer le niveau scolaire des chefs de ménage pour les deux situations extrêmes: les ménages qui ne connaissent aucun moyen de prévention et ceux qui en connaissent pour chacune des quatre maladies. Parmi les premiers, 82 % des chefs de ménages n'ont jamais fréquenté l'école, contre seulement 48 % parmi les seconds. Parmi les ménages dont les chefs sont allés à l'école plus de six ans, seuls 4 % ne connaissaient aucun moyen de prévention, quelle que soit la maladie, alors que 32 % en ont cités pour chacune d'elles. Il existe de plus une corrélation positive très élevée ($r = 0,80$) entre la moyenne par village du niveau scolaire des chefs de ménages et la proportion moyenne par village des chefs de ménages connaissant un (ou des) moyen(s) de prévention pour les quatre maladies considérées ensemble. La corrélation entre le niveau moyen de formation par village et la proportion par village des moyens de prévention de type traditionnel cités est par contre faible ($r = -0,34$). Il est cependant frappant que cette corrélation soit négative. Nous n'irons pas plus avant sur cette voie, qui nous entraînerait trop

loin de notre propos; mais il paraît fort probable que le type de mesures préventives citées varie aussi fortement avec le niveau scolaire, de même probablement que leur pertinence. D'autres ont mis en évidence l'influence positive de la scolarisation sur les connaissances en matière de prévention au Bénin (BOULODANI, 1996). Même si de la connaissance à la pratique il peut y avoir un gouffre, nous avons là une nouvelle illustration du rôle important que peuvent jouer des facteurs non médicaux sur l'état de santé de la population.

La connaissance de moyens préventifs varie significativement ($p = 0,0001$) d'un village à l'autre. Seuls 7 % des ménages de Gbaffo affirment connaître de telles mesures, pour une moyenne de 29 %, tous villages et toutes maladies confondus. Wokpa (16 %), Odo Akaba (23 %), Toui PK (24 %) et Akpéro (26 %) se situent au-dessous de la moyenne. A l'autre extrémité, Gbédé se signale par une proportion de ménages relativement élevée (45 %) connaissant des moyens préventifs. Les sept autres villages se situent dans une fourchette étroite allant de 33 % pour Gbanlin à 37 % pour Djegbé. Mais seuls les villages de Gbaffo et de Wokpa d'une part, et de Gbédé et Djegbé, d'autre part, se démarquent de l'ensemble des autres villages de manière statistiquement significative ($p \leq 0,05$).

La notion de prévention paraît donc quasi inconnue (ou incomprise telle que formulée?) chez les *Peul* de Gbaffo. Seuls 4 % de leurs ménages pensent qu'il est possible d'empêcher l'apparition du "paludisme femelle" et de la diarrhée. Pour les mêmes maladies, ces valeurs sont respectivement de 62 et 36 % à Gbédé, où la prévention est potentiellement la plus développée des treize villages enquêtés. Ce dernier exemple montre de plus qu'au sein d'un même village la proportion de ménages connaissant des moyens de prévention peut varier fortement selon la maladie considérée. Mais en gros, une certaine proportionnalité est toujours préservée, de sorte que le classement par village pour chacune des quatre maladies varie peu. A Wokpa, personne ne pense qu'il soit possible de prévenir la diarrhée. Or nous avons vu que, de tout notre échantillon, ce village est le plus touché par les diarrhées et la dysenterie, qu'il ne dispose pas d'eau potable et que ses habitants réclament une pompe. Il se peut donc que dans ce village – et ailleurs, pour une portion variable de ménages! – les réponses ne doivent pas être considérées comme absolues, mais plutôt comme "en l'état actuel des choses". Il est clair que nous proposons ici une première et rapide approche des connaissances relatives à la prévention des maladies. Ce sujet mériterait une recherche plus fouillée qui dépasse cependant notre propos, prolongée par l'étude des pratiques réelles et des facteurs limitant souvent la mise en oeuvre de ces éventuelles connaissances.

Il semble qu'il existe une relation entre le niveau de connaissance d'un village relativement à la prévention et l'"autochtonéité" de ses habitants. Les quatre villages ayant le moins de connaissances à ce sujet sont tous exclusivement (Gbaffo et Wokpa) ou principalement (Odo Akaba et Toui PK) peuplés d'allochtones (*Peul*, *Fon* et divers groupes ethniques de l'Atacora). Tous les autres villages sont très majoritairement habités par des autochtones *Mahi* ou *Nagot*. Il existe pourtant une exception de taille, Gbédé, peuplé majoritairement de *Basa*, venus du Ghana il y a fort longtemps. Nous avons vu que le niveau de connaissance de moyens préventifs est le plus élevé dans ce village, et de loin. On se souvient également qu'il s'agit du village qui, de très loin, pratique le plus l'automédication pour les soins curatifs et qui utilise alors le plus les remèdes traditionnels. Nous ne sommes dès lors pas étonné de constater que Gbédé se distingue encore par la plus forte proportion de mentions de moyens préventifs traditionnels exclusif (83 % contre 51 % pour l'ensemble des villages, $p = 0,0001$). Ce village se caractérise donc bien par une excellente maîtrise de la phytothérapie, qu'elle soit curative ou préventive.

Comment expliquer cette apparente influence de l'"autochtonéité" sur la connaissance de moyens préventifs? La première hypothèse est évidemment celle d'un biais introduit par une

difficulté de compréhension de la notion de prévention exprimée hors de sa langue maternelle. Cette explication doit être au moins partiellement écartée. En effet, les allochtones de Gbédé n'ont apparemment pas eu de problèmes de compréhension, puisqu'ils connaissent le plus les moyens de prévention. De plus, les allochtones de Wokpa ne devraient pas avoir de problèmes de langue, puisque le *fon* est très proche du *mahi*, utilisé pour leur questionnaire. Or ils signalent très peu de moyens de prévention.

Une autre hypothèse, déjà avancée pour le choix des remèdes en automédication, voudrait que les allochtones maîtrisent mal les ressources phytothérapeutiques d'une région d'accueil à l'écologie différente de la région de départ. Or nous avons vu qu'en moyenne plus de la moitié des moyens de prévention cités sont de type traditionnel. Il serait alors normal que les allochtones citent moins de moyens préventifs que les autochtones. Cette hypothèse doit elle aussi être écartée. Contrairement à nos questions sur l'automédication, nous ne demandons pas ici quels moyens préventifs sont utilisés, mais quels moyens sont connus. Les allochtones pouvaient donc très bien citer des tisanes traditionnelles de leur région d'origine, même s'ils n'en trouvent plus les ingrédients dans la sous-préfecture de Ouessè¹. De plus, il n'est pas toujours vérifié que les allochtones signalent moins de moyens traditionnels que les autres. C'est même le contraire à Odo Akaba, majoritairement peuplé d'immigrés venant de l'Atacora (74 % de moyens traditionnels cités, contre 51 % pour l'ensemble des villages, $p = 0,003$).

Le niveau scolaire moyen des chefs de ménages de chaque village pourrait par contre expliquer une partie de la différence. Nous venons de voir qu'il existe un lien, au moins statistique, entre le niveau scolaire et la capacité à citer des moyens de prévention. Or le niveau scolaire moyen des chefs de ménages des quatre villages où l'on connaît le moins de mesures préventives, villages par ailleurs allochtones, est précisément le plus bas de notre échantillon. Plus que des différences culturelles dues à une origine ethnique extérieure à la sous-préfecture de Ouessè, il semble donc que ce soit surtout le niveau scolaire moyen (lui-même lié à l'appartenance ethnique, au moins pour les *Peul* et les *Fon* de Wokpa), qui conditionne le savoir en matière de prévention.

En définitive, le niveau de connaissance moyen de mesures de prévention est bas. Nos résultats confirment ceux d'enquête de l'UNICEF (1990) effectuée dans quatre sous-préfectures du Bénin: seuls 12,5 % des personnes interrogées y citent spontanément la vaccination comme méthode de prévention des maladies. Ce qui ne les empêche d'ailleurs pas d'y recourir, puisque 82,5 % de ces personnes ont effectivement vacciné leurs enfants au moins une fois. Toujours selon cette enquête, 87 % des personnes interrogées savent toutefois que la vaccination a pour but de protéger les enfants et les femmes enceintes des maladies. Par contre, seul un cinquième d'entre elles connaissent au moins trois des maladies prévenues par la vaccination, alors que près des trois cinquièmes n'en connaissent aucune. Seul un dixième des personnes interrogées savent que le vaccin administré aux femmes est contre le tétanos.

En résumé, la connaissance de moyens de prévention est faible dans la sous-préfecture de Ouessè. Elle y varie sensiblement d'une maladie à l'autre et d'un village à l'autre. Plus de la moitié des moyens de prévention cités sont de type traditionnel, proportion qui varie aussi beaucoup d'un village à l'autre (de 22 à 83 %). La capacité à citer des moyens de prévention augmente avec le niveau scolaire. Quelques unes des pratiques préventives citées sont manifestement inefficaces contre la maladie en question. Nous ne pouvons par contre pas nous prononcer sur l'efficacité d'autres moyens, comme les tisanes et frictions traditionnelles. Quelle

¹ Il se peut toutefois que les allochtones ayant immigré il y a plusieurs dizaines d'années, ou les immigrés de la deuxième génération aient oublié ou n'aient jamais connu les recettes de leur région d'origine, sans pour autant que des recettes traditionnelles locales soient forcément venues les remplacer. Pour les soins curatifs, nous avons vu que c'est alors les médicaments modernes qui tendent à remplacer les remèdes traditionnels.

que soit leur efficacité, il est probable qu'une majorité des rares ménages connaissant des mesures préventives ne les mettent pas en oeuvre. Au total, il semble bien que l'utilisation effective de moyens de prévention efficaces contre ces quatre maladies, et sans doute contre toutes les maladies évitables, est tout à fait insignifiante dans la sous-préfecture de Ouessè; à la notable exception de la vaccination au caractère quasi magique, pourtant souvent pratiquée sans en connaître précisément la finalité.

3. APTITUDE DES SERVICES DE SANTÉ À RÉPONDRE AUX BESOINS

Dans les limites étroites des données disponibles, nous avons passé en revue l'état de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè (cf. partie V, chap. 1), puis leur perception des moyens de le modifier (cf. partie V, chap. 2). Ces derniers font souvent référence aux services de santé, le plus souvent formels... généralement pour exprimer un besoin, une attente à leur égard. Le besoin de santé renvoie donc largement (le contexte de l'enquête y contribue sans doute) à un besoin de services de santé formels capables de répondre à leurs attentes: guérir au plus vite (ou au moins être soulagé), tout en étant accueilli dignement et en dépensant le moins possible.

Les services de santé disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè sont-ils aptes à répondre à cette demande? La réponse est sans doute mitigée au vu des bas taux d'utilisation de ces services. Nous n'aborderons toutefois cette question ambitieuse que d'une manière relative, en comparant les trois types de services formels. Nous mettrons en outre plus l'accent sur l'efficacité thérapeutique comparée des services et leur capacité à diagnostiquer et à prendre en charge les différentes affections que sur la qualité de l'accueil qu'ils offrent. Nous ne reviendrons pas sur les coûts comparés du recours aux différents types de services formels. Nous les avons déjà longuement exposés ailleurs (cf. partie II, chap. 3b).

L'aptitude comparée des services de santé à prendre en charge efficacement les problèmes de santé renvoie à la question de la position hiérarchique réelle des services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè. Nous n'avons ni l'intention ni les moyens d'analyser le fonctionnement des différents services de santé et leur efficacité médicale objective. L'efficacité thérapeutique moyenne d'un service de santé, ou plutôt l'image que les utilisateurs potentiels s'en font, constitue pourtant un important déterminant de son utilisation. Si l'on se réfère à la taille très différente des aires d'attraction des services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, il semble bien que ces derniers répondent inégalement aux besoins de la population.

En plus de l'extension des aires d'attraction décrite ailleurs (cf. partie III, chap. 2b), nous disposons de deux autres indicateurs permettant d'évaluer, grossièrement, l'efficacité thérapeutique comparée des divers services de santé et, plus largement, actions thérapeutiques. Le premier consiste en la perception par les malades ou leur entourage de l'efficacité des actions thérapeutiques entreprises, que ce soit l'automédication ou la consultation de divers spécialistes de la santé. Pour chacune d'entre elles, les ménages devaient préciser si elle a apporté la guérison, une amélioration ou encore aucun effet bénéfique. Mais avant d'évaluer, en termes de résultat, les éventuelles inégalités d'efficacité thérapeutique des diverses formes d'automédication et des différents types de recours extérieurs, il est d'abord nécessaire de comparer l'efficacité de l'automédication en général à celle des recours extérieurs. L'immense popularité de l'automédication, due à un accès aisé, ne saurait s'accommoder d'une mauvaise efficacité thérapeutique perçue. C'est pourquoi nous posons l'hypothèse que l'automédication supporte honorablement la comparaison avec les recours extérieurs en termes d'efficacité thérapeutique perçue. Comme la perception de la gravité influence les choix thérapeutiques (cf. partie IV, chap. 2c), il s'agira encore, dans un deuxième temps, de vérifier si la prise en compte de la gravité perçue de l'épisode modifie l'efficacité relative de chaque recours.

Le deuxième indicateur de l'inégale capacité des services de santé à prendre en charge les besoins sanitaires de la population est la qualité des diagnostics. Seul un diagnostic précis et exact permet de prescrire le traitement approprié. Nous ne sommes évidemment pas à même de vérifier la pertinence d'un diagnostic. Il s'agit là de lourdes procédures ad hoc, qui passent habituellement par la double consultation successive d'un patient, par un agent de santé, puis par un expert. Un certain nombre de faits concrets nous permettent cependant de comparer

approximativement la qualité des diagnostics entre les différents types de services de santé. Il s'agit, comme nous l'avons déjà dit dans le chapitre précédent, d'une part de la diversité et de la structure des diagnostics et, d'autre part, de la fréquence et de la variété des analyses de laboratoires utilisées pour étayer les diagnostics. De plus, l'observation directe des consultations permet, même à un non professionnel de la médecine, de constater des différences entre services, qui ne sauraient rester sans influence sur la qualité des diagnostics.

a) Perception de l'efficacité thérapeutique des différents traitements expérimentés

Le point de départ de cette thèse était la question "pourquoi les services de santé publics sont-ils si peu utilisés?" et son corollaire "pourquoi leur préfère-t-on la plupart du temps d'autres recours?". La "désirabilité" des services de santé publics apparaît donc comme faible par rapport à d'autres recours. Elle dépend essentiellement de la capacité que l'on prête à un recours thérapeutique, pondérée par les barrières liées à l'accès, de répondre efficacement aux besoins de santé. Nous nous proposons ici d'étudier la perception a posteriori de l'efficacité des différents types de recours offerts aux malades de la sous-préfecture de Ouessè. Elle se distingue de la perception a priori en cela qu'elle part du jugement porté sur l'efficacité thérapeutique d'un recours effectif, répondant à un cas de maladie précis, dans un contexte particulier.

En fait, perception a priori et a posteriori des différents recours, et en particulier de leur efficacité thérapeutique, sont les deux faces d'une même médaille. La perception a priori n'est souvent que la résultante d'une accumulation de jugements a posteriori sur des expériences thérapeutiques passées. Combien de fois n'avons nous pas entendu raconter des histoires du genre "j'ai essayé ici, sans effet, puis je suis allé là, où ils m'ont guéri. La prochaine fois, je retournerai là-bas", tout en précisant généralement "pour un cas similaire" ou "pour une maladie grave" ou encore "pour une maladie que je ne sais pas guérir par automédication"? L'appréciation de l'efficacité d'un recours se dégage ainsi progressivement, en fonction de la nature des cas. Il en résulte une hiérarchie évolutive des recours selon leur efficacité thérapeutique. Parmi les recours jugés potentiellement efficaces pour un cas donné, le choix s'effectue habituellement selon le principe de subsidiarité tempéré par les difficultés d'accès: on règle le plus localement possible ce qui peut l'être, déléguant aux niveaux supérieurs les autres cas.

Nous parlons bien ici de l'efficacité des recours en termes de résultat perçu et non pas de la compétence des personnes délivrant les soins ni de la disponibilité ou non des médicaments et moyens nécessaires. Il est cependant indéniable qu'un manque de compétence et de moyens peuvent limiter l'efficacité thérapeutique d'un recours. L'anecdote suivante montre qu'un service de santé ne saurait être efficace dans la prise en charge de cas pour lesquels il est dépourvu de moyens d'intervention. Il révèle également quelle est la sanction pour un service d'échecs thérapeutiques répétés, même si la cause n'en est pas toujours imputable au personnel. Un homme d'Idouya a amené son nourrisson au dispensaire de Kokoro, pour un cas d'"attaque" doublée d'une anémie selon lui. L'infirmier réfère directement l'enfant au CSSP, où il se rend aussitôt. L'enfant y reçoit une transfusion (impossible à réaliser dans un CCS, faute de laboratoire), confirmant le diagnostic d'anémie grave, et reste hospitalisé cinq jours. De retour à la maison, cet homme achève de traiter son enfant avec des remèdes traditionnels. Le père s'est dit peu satisfait du CCS, qui n'a rien pu faire pour l'enfant, mais a été très content du CSSP, à tel point qu'il considérait les 13'000 FCFA que lui a coûté au total ce cas "pas cher, car l'enfant est guéri". L'efficacité a, comme c'est généralement le cas, été jugée selon la capacité des deux services à répondre à un besoins de santé précis, indépendamment de sa gravité ou de la difficulté à y répondre. L'infirmier de Kokoro mis en cause pourrait rétorquer à ce père que s'il n'avait pas attendu la dernière minute pour venir le consulter, il aurait sans doute aussi pu lui

donner satisfaction. Même si l'infirmier n'en est pas forcément responsable, le fait est que cette famille a dû recourir au CSSP, mais aussi en d'autres occasions à un infirmier privé de Kilibo¹, après s'être rendu au dispensaire de Kokoro une dizaine de fois au total pour plusieurs épisodes, sans jamais être vraiment satisfaite. Le CSSP et l'infirmier privé leur ont donné satisfaction et désormais ils n'iront plus au dispensaire de Kokoro.

Les patients perdus par un service de santé le sont souvent définitivement (au moins jusqu'au renouvellement de l'agent de santé et à la propagation d'éventuelles rumeurs positives sur son successeur). Les personnes déçues influencent les décisions thérapeutiques de leurs proches. Nous en voulons pour preuve que, dans le même village, un autre informateur affirme que "même si j'ai une petite maladie, je vais à Papané [*l'hôpital Saint-Martin, dont il a été très satisfait pour un séjour de quatre mois*] si j'ai de l'argent. Sinon, je vais à Kokoro [*au dispensaire*]. L'ancien infirmier était très compétent, mais je ne suis pas satisfait de l'actuel." En poursuivant la discussion avec cet homme qui voit la compétence en termes d'efficacité thérapeutique ("il m'a fait des piqûres pour 3'000 FCFA et j'étais guéri"), il est ressorti qu'il n'avait en fait jamais consulté lui-même le nouvel infirmier dont il n'est pas satisfait!

Afin de ne pas trop limiter les effectifs des différentes classes d'efficacité par type de recours, nous avons aussi pris en compte le petit quart d'épisodes inachevés lors de l'enquête. Que le traitement soit achevé ou non, les personnes interviewées devaient indiquer si chaque traitement suivi avait été "inefficace", s'il avait apporté une "amélioration" ou s'il avait amené la "guérison". Il est clair que des traitements inachevés ne peuvent, au mieux, qu'avoir apporté une amélioration. Nous postulons toutefois que le biais introduit par leur prise en compte est en moyenne égal pour tous les types de recours. Plus que l'appréciation en soi portée sur l'efficacité du recours, ce sont en effet les différences relevées d'un recours à l'autre qui sont pertinentes.

Efficacité perçue sans tenir compte de la gravité perçue de l'épisode

Globalement, l'efficacité thérapeutique perçue d'un traitement par les malades ou leur entourage est significativement associée au type de recours utilisés (test de χ^2 , $p = 0,048$; cf. Tableau 157). Le taux de guérison au terme de la première étape de l'itinéraire thérapeutique est significativement plus élevé chez les malades qui ont directement recouru à un spécialiste de la santé, quel qu'il soit, que chez ceux qui ont pratiqué l'automédication (78,3 % contre 71,7 %, $p = 0,017$). L'inverse est relevé pour le taux d'amélioration, sans guérison complète (respectivement 17 % et 23,1 %, $p = 0,016$). Par contre, l'automédication et les recours extérieurs directs, c'est-à-dire sans automédication préalable, débouchent sur un taux égal d'inefficacité totale du traitement (environ 5 %).

Le résultat des recours extérieurs se distingue donc de celui de l'automédication par une surreprésentation des mentions de guérison, compensée par une sous-représentation des déclarations d'amélioration. Dans une stricte logique de résultat, ce constat milite en faveur du recours immédiat à un spécialiste de la santé plutôt qu'à l'automédication, pourtant 2,6 fois plus fréquente comme première action thérapeutique. Cela montre bien que la population fonctionne plus selon une logique d'efficience, qui pondère le résultat par le coût total du recours, que de pure efficacité. Rappelons de plus qu'en termes de rapidité de guérison l'automédication se

¹ Les conseils de proches qui ont été satisfaits de tel ou tel service jouent un rôle souvent déterminant dans l'élargissement du cercle des services testés: "Nous sommes allés pour la première fois chez Charles à Kilibo sur de bons conseils, alors que l'on s'appretait à aller à Ouessè" [au CSSP]. A l'avenir, ils retourneront là-bas, car ils y ont été satisfaits et parce que c'est plus proche du CSSP dont ils se disent aussi satisfaits (en fait, Ouessè est un peu plus proche d'Idouya que Kilibo; après l'engouement initial pour le CSSP, suite au succès du traitement de leur bébé, la nouvelle préférence pour l'infirmier privé de Kilibo semble résulter d'un échec cuisant du CSSP dans la prise en charge du frère de cet informateur).

montre plus performante que les recours extérieurs, toutes gravités des cas confondus (6,2 jours contre 8,2 jours pour un épisode non chronique achevé).

Ces constats suggèrent que beaucoup de traitements par automédication sont aussi efficaces que les recours extérieurs, mais qu'une partie d'entre eux sont partiellement inadaptés: ils n'apportent qu'une amélioration. Cette dernière laisse penser que les remèdes sont souvent bien choisis¹, mais que leur posologie n'est pas respectée (durée et dosage). Les entretiens avec de nombreux interlocuteurs, tant parmi la population que parmi les agents de santé, confirment que la consommation des médicaments ne répond souvent pas à la posologie recommandée. La tendance est de stopper le traitement dès qu'une amélioration manifeste s'est produite. Cela est vrai pour les traitements complets achetés dans les services de santé formels. Ça l'est encore davantage en cas d'automédication, lorsque les médicaments sont achetés au détail, parfois au jour le jour. Sous-dosage et arrêt prématuré du traitement sont alors autant d'argent économisé (parfois à court terme seulement).

Tableau 157 Efficacité perçue de l'automédication et des recours extérieurs utilisés sans automédication préalable dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Automédication		Recours extérieur		Total	
	N	%	N	%	N	%
Inefficace	48	5.2	17	4.7	65	5.0
Amélioration	215	23.1	61	17.0	276	21.4
Guéri	667	71.7	281	78.3	948	73.6
Total	930	100.0	359	100.0	1289	100.0

Il n'existe globalement aucune association statistiquement significative entre les cinq types de remèdes utilisés en automédication et leur efficacité ($p = 0,168$; cf. Tableau 158). Une telle association existe cependant si l'on se contente de comparer trois types d'automédication: l'utilisation exclusive de remèdes traditionnels, l'utilisation exclusive de médicaments modernes et finalement toutes les formes de combinaisons des remèdes traditionnels et des médicaments modernes ($p = 0,028$). Le taux de guérison varie alors significativement avec le type d'automédication ($p = 0,008$). Il en va de même du taux d'amélioration ($p = 0,04$), mais pas de celui d'inefficacité. La proportion de guérison totale au moment de l'enquête est la plus élevée chez les malades qui combinent remèdes traditionnels et modernes (77,3 %), puis chez ceux qui utilisent exclusivement les médicaments modernes (72,3 %), et enfin chez ceux qui recourent uniquement aux remèdes traditionnels (65,5 %). L'inefficacité totale est un peu plus élevée pour les malades utilisant exclusivement les remèdes traditionnels que pour les autres (respectivement 7,2 % et un peu plus de 4 %); mais cette différence n'est, rappelons-le, pas significative. Les résultats pour l'amélioration sont symétriques à ceux observés pour la guérison. L'amélioration est la plus fréquente avec les remèdes traditionnels (27,3 %) et la moins fréquente avec les combinaisons de remèdes (18,2 %), le recours aux médicaments modernes occupant une place intermédiaire (23,5 %).

Ces résultats suggèrent que les remèdes traditionnels utilisés seuls constituent la forme d'automédication globalement la moins efficace. En fait, si l'on oppose les seuls remèdes traditionnels et modernes utilisés exclusivement, aucune différence statistiquement significative

¹ Ou du moins que parmi les remèdes utilisés, l'un au moins est efficace pour le cas en question. L'amélioration relevée peut aussi être attribuée par la personne interrogée à l'automédication, alors que seule l'action du système immunitaire est en cause (mais cela vaut aussi pour les recours extérieur).

de résultat n'est observée ($p = 0,094$). Par contre, les combinaisons de remèdes sont significativement plus efficaces que les remèdes traditionnels seuls ($p = 0,009$), mais pas que les médicaments modernes seuls. Remarquons que l'on avait observé une surutilisation relative des remèdes traditionnels seuls lorsque le cas de maladie était considéré comme très grave. Cette plus grande gravité perçue explique-t-elle la moindre efficacité thérapeutique des remèdes traditionnels, préférentiellement utilisés dans ces cas, ou est-ce cette dernière qui amène à considérer a posteriori le cas comme très grave? Globalement, les deux phénomènes jouent sans doute conjointement. L'efficacité supérieure des combinaisons comparativement à celle des remèdes traditionnels seuls ne résulte pas d'un biais dû à la durée de la maladie. On pourrait en effet penser que les cas de maladie débouchant sur le recours, le plus souvent successif, à deux types de remèdes ont commencé en moyenne depuis plus longtemps que ceux qui n'ont (encore) été soignés que par un seul type de remèdes. La maladie ayant alors débuté plus tôt, par rapport au passage des enquêteurs, il serait normal que la proportion de guérison et d'amélioration soit plus élevée. Cette hypothèse n'est pas vérifiée. En cas d'amélioration apportée par l'automédication, la durée de la maladie est même un peu plus courte lorsque les malades ont utilisé une combinaison de remèdes plutôt que des remèdes traditionnels seuls.

Tableau 158 Efficacité perçue des différents types d'automédication et de recours extérieurs utilisés sans automédication préalable dans la sous-préfecture de Ouessè (source: enquête domiciliaire, 1995).

	RT		RM		RT+RM		RT-->RM		RM-->RT		Tot. combinaisons	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inefficace	20	7.2	16	4.2	2	6.5	6	4.0	4	4.5	12	4.5
Amélioration	76	27.3	90	23.5	6	19.4	25	16.8	18	20.2	49	18.2
Guéri	182	65.5	277	72.3	23	74.2	118	79.2	67	75.3	208	77.3
Total	278	100.0	383	100.0	31	100.0	149	100.0	89	100.0	269	100.0

	CSSP		CCS		H.St-Martin		Autres hôpit		Privés		Secouristes		Mod. form.		Aut. services	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Inefficace	5	4.0	10	8.5	1	1.7	0	0.0	1	3.4	0	0.0	16	5.1	1	2.3
Amélioration	23	18.4	13	11.0	9	15.5	4	28.6	7	24.1	4	28.6	49	15.6	12	27.3
Guéri	97	77.6	95	80.5	48	82.8	10	71.4	21	72.4	10	71.4	250	79.4	31	70.5
Total	125	100	118	100	58	100	14	100	29	100	14	100	315	100	44	100

Légende RT = remèdes traditionnels uniquement;
 RM = remèdes modernes uniquement;
 RT+RM = remèdes traditionnels et modernes pris simultanément dès le début;
 RT-->RM = remèdes traditionnels puis modernes (adjonction ou substitution);
 RM-->RT = remèdes modernes puis traditionnels (adjonction ou substitution);
 Tot. combinaisons = tous les traitements par automédication ayant combiné RT et RM;
 CSSP = centre de santé de sous-préfecture de Ouessè;
 CCS = tous les complexes communaux de santé de la sous-préfecture de Ouessè;
 Privés = infirmiers ou secouristes privés en cabinet ou itinérants;
 Mod. form. = services de santé modernes formels (total des 4 premières catégories);
 Aut. services = total des privés, des secouristes et de l'unique recours à un tradipraticien.

Pour les recours extérieurs, il n'y a aucune différence statistiquement significative d'efficacité, que l'on considère l'ensemble du tableau ou que l'on compare tous les services modernes formels aux autres services, ou encore chaque type de services à l'ensemble des autres, à une exception près. Il s'agit des CCS qui se distinguent significativement ($p = 0,013$) de l'ensemble des autres services par un taux d'inefficacité plus élevé (8,5 % contre 2,9 %, $p = 0,02$), un taux d'amélioration moins élevé (11 % contre 19,6 %, $p = 0,04$) et un taux de guérison un peu plus élevé 80,5 % contre 77,5 %, différence non significative). Ces différences ne sont pas cohérentes, dans la mesure où les CCS se distinguent à la fois par des taux d'inefficacité et de guérison supérieurs à la moyenne des services de santé.

Ainsi, aussi paradoxal que cela paraisse, presque tous les services de santé se retrouvent sur un pied d'égalité au regard de leur efficacité thérapeutique perçue à travers des expériences concrètes. Il est toutefois possible que les faibles effectifs en jeu expliquent la non significativité statistique de certaines différences observées. Si l'on s'en tient au seul taux de guérison totale comme mesure de l'efficacité thérapeutique, la tendance est à la supériorité des services de santé modernes formels sur les autres types de services (privés, UVS et guérisseurs). Parmi les premiers, l'hôpital Saint-Martin arrive en tête, suivi de près des CCS, puis du CSSP de Ouessè et des hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture, pour lesquels les effectifs sont très faibles. Mais il est tout à fait possible que l'efficacité thérapeutique des différents niveaux hiérarchiques soit effectivement similaire, si on la mesure non pas en termes de potentiel, mais de résultat obtenu sur des cas concrets. Il ne faut en effet pas oublier que les patients tendent à s'adresser à un service de santé "correspondant" à la nature et à la gravité du cas. Les services de santé notoirement peu compétents pour prendre en charge certains types de maladies sont donc largement délaissés par ceux qui en souffrent, ce qui ne peut qu'augmenter l'efficacité moyenne du service. A l'inverse, le recours préférentiel à un service de niveau élevé, à l'échelle de la sous-préfecture de Ouessè, pour les cas les plus aigus tend à diminuer son efficacité moyenne. Les comportements non aléatoires de recherche de soins tendent donc à niveler les résultats entre les différents niveaux hiérarchiques de services de santé. Il est donc aussi nécessaire de comparer l'efficacité des différents recours en les contrôlant par la gravité perçue des épisodes.

Efficacité perçue en tenant compte de la gravité perçue de l'épisode

Pour être rigoureux, les appréciations de l'efficacité des traitements devraient être pondérées par la gravité "objective" des cas de maladie ou, mieux, par la facilité à les traiter. Nous ne disposons évidemment pas de telles données. Nos informations sur la gravité subjective des cas n'en est qu'une approximation lointaine et insatisfaisante, notamment parce que, comme nous l'avons déjà relevé, la perception de la gravité d'un épisode est un processus complexe et dynamique, qui n'est indépendant ni du recours choisi ni du résultat obtenu.

Comme l'indique le Tableau 159, l'efficacité de l'automédication varie fortement en fonction de la gravité perçue de l'épisode. Elle est d'autant plus élevée que le cas est peu grave. Selon le test du χ^2 , cette différence est statistiquement très significative ($p = 0,0001$). Si l'on oppose les cas de figure extrêmes, on constate que le taux de guérison n'est que de 52,8 % pour les épisodes considérés comme très graves contre 81,1 % pour les épisodes peu ou pas graves. L'inefficacité du traitement est à l'inverse beaucoup plus élevée dans les premiers cas que dans les seconds (12,3 % contre 2,5 %). Tout comme pour l'inefficacité, la proportion d'amélioration diminue régulièrement avec la baisse de gravité perçue, au profit de la guérison.

Egalement significative, la tendance est la même pour l'efficacité de l'ensemble des recours extérieurs. Le taux de guérison augmente de 66,3 % à 92,9 % lorsque l'on passe des épisodes très graves à ceux pas ou peu graves. Dans le même temps, le taux d'inefficacité diminue de 12,4 à 0 % et celui d'amélioration de 21,3 % à 7,1 %.

A gravité perçue égale, on constate que le taux de guérison est de 7,4 à 13,5 points supérieur en cas de recours extérieur plutôt que d'automédication. Les taux d'inefficacité totale sont par contre à peine inférieurs dans le premier cas que dans le second. Les taux d'amélioration sont quant à eux plus élevés avec l'automédication qu'avec un recours extérieur (de 5,7 à 13,7 points). Ces différences d'efficacité selon le type de recours ne sont toutefois significatives ($p = 0,014$) que pour les épisodes jugés peu ou pas graves¹. Mais la tendance est claire pour l'ensemble des données: les recours extérieurs débouchent sur de meilleurs résultats thérapeutiques perçus que l'automédication, que l'on compare l'ensemble des cas ou des cas de gravité perçue identique.

Tableau 159 Comparaison de l'efficacité perçue de l'automédication et des recours extérieurs utilisés sans automédication préalable, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie (source: enquête domiciliaire dans la sous-préfecture de Ouessè, 1995).

Gravité épisode	Résultat	Automédication		Recours extérieurs	
		N	%	N	%
Très grave	inefficace	20	12.3	11	12.4
	amélioration	57	35.0	19	21.3
	guérison	86	52.8	59	66.3
	total	163	100.0	89	100.0
Assez grave	inefficace	15	4.8	5	3.0
	amélioration	82	26.4	34	20.7
	guérison	214	68.8	125	76.2
	total	311	100.0	164	100.0
Pas/peu grave	inefficace	11	2.5	0	0.0
	amélioration	72	16.4	7	7.1
	guérison	357	81.1	92	92.9
	total	440	100.0	99	100.0

L'efficacité de chaque type de remèdes pris en automédication varie-t-elle en fonction de la perception de la gravité de l'épisode. A gravité égale, cette efficacité est-elle différente selon le type de remèdes utilisés? Afin de répondre à ces deux questions, nous avons croisés la gravité perçue, le résultat perçu et le type d'automédication (cf. Tableau 160). Cette dernière variable ne comprend ici que trois modalités au lieu de cinq. Afin de limiter la baisse des effectifs due à une trop forte désagrégation, nous avons en effet regroupé toutes les formes de combinaisons de remèdes traditionnels et modernes.

L'efficacité des remèdes traditionnels utilisés seuls est statistiquement associée à la gravité des épisodes ($p = 0,0001$). Le taux de guérison double lorsque l'on passe d'un cas très grave à un cas peu ou pas grave, alors que celui d'inefficacité totale est divisé par trois, tout comme celui d'amélioration. Avec des écarts moindres, la même conclusion vaut aussi pour les médicaments modernes utilisés seuls ($p = 0,009$). Elle vaut également pour les différentes combinaisons dans le temps de remèdes traditionnels et modernes ($p = 0,0001$). Dans ce dernier

¹ Soit le cas de figure le plus fréquent. Les différences d'efficacité entre automédication et recours extérieurs observées pour les épisodes très graves sont en réalité un peu plus marquées que pour les épisodes peu ou pas graves; mais les effectifs en jeu sont nettement moindres, ce qui explique que l'association statistique ne soit pas significative ($p = 0,068$).

cas, le taux d'inefficacité diminue très fortement entre les épisodes très graves et ceux pas ou peu graves (de 15,4 % à 0,8 %). L'efficacité thérapeutique de l'automédication, quel que soit le type de remèdes utilisés, est donc fortement influencée par la gravité perçue du cas de maladie, cette dernière étant considérée comme une approximation de la plus ou moins grande difficulté à résoudre le problème de santé.

Tableau 160 Comparaison de l'efficacité perçue de différents types d'automédication, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie (source: enquête domiciliaire dans la sous-préfecture de Ouessè, 1995).

		Rem. traditionnels		Médic. modernes		Ttes combinaisons	
Gravité épisode	Résultat	N	%	N	%	N	%
Très grave	inefficace	9	15.3	3	5.8	8	15.4
	amélioration	26	44.1	20	38.5	11	21.2
	guérison	24	40.7	29	55.8	33	63.5
	total	59	100.0	52	100.0	52	100.0
Assez grave	inefficace	5	4.9	8	6.4	2	2.4
	amélioration	32	31.4	28	22.4	22	26.2
	guérison	65	63.7	89	71.2	60	71.4
	total	102	100.0	125	100.0	84	100.0
Pas/peu grave	inefficace	6	5.4	4	2.0	1	0.8
	amélioration	17	15.2	39	19.6	16	12.4
	guérison	89	79.5	156	78.4	112	86.8
	total	112	100.0	199	100.0	129	100.0

Nous avons relevé plus haut que l'utilisation d'une combinaison de remèdes modernes et traditionnels donne de meilleurs résultats que le recours à l'une ou l'autre forme d'automédication "pure". Parmi ces dernières, les médicaments modernes étaient plus efficaces que les remèdes traditionnels. Contrôlons si ces résultats ne découlent pas d'un choix différencié du type d'automédication en fonction de la gravité perçue des épisodes de maladie.

A gravité égale, les combinaisons de remèdes restent globalement plus efficaces que les formes d'automédication "pure" et l'automédication moderne un peu plus efficace que l'automédication traditionnelle. Cette tendance n'est toutefois statistiquement significative que pour les cas considérés comme très graves ($p = 0,042$). Pour cette catégorie, les taux de guérison augmentent de 40,7 % avec l'automédication traditionnelle à 63,5 % avec l'automédication "mixte", en passant par 55,8 % avec l'automédication moderne. Le taux d'inefficacité du traitement est par contre aussi élevé avec l'automédication "mixte" que traditionnelle (plus de 15 %).

Que ce soit pour le CSSP de Ouessè ou pour les CCS, l'efficacité thérapeutique perçue du traitement est d'autant meilleure que l'épisode de maladie est considéré comme peu sévère (cf. Tableau 161). Pour ces deux niveaux hiérarchiques l'association entre gravité et résultat est statistiquement significative ($p = 0,043$ et $0,004$). Pour le CSSP, le taux de guérison après traitement grimpe de 68,2 % à 90,3 %, respectivement de 60 % à 90 % pour les CCS, lorsque l'on passe des épisodes les plus graves aux moins graves. A l'inverse, l'inefficacité des traitements au CSSP diminue de 9,1 % pour les cas graves à 0 % pour les cas assez graves et

ceux peu ou pas graves. Dans le même temps, ces taux chutent pour les CCS de 30 % à 5,9 % et finalement 0 %. Cette tendance est moins nette pour l'hôpital Saint-Martin, comme pour l'ensemble des privés. Dans les deux cas, l'efficacité est maximale pour les cas les plus bénins. Pour les privés, elle est la plus faible pour les épisodes assez graves et moyenne pour les plus graves (mais le nombre de cas est limité). A l'hôpital Saint-Martin, l'efficacité est semblable pour les cas très graves et les cas assez graves.

Tableau 161 Comparaison de l'efficacité perçue de différents types de recours extérieurs, en fonction de la gravité perçue de l'épisode de maladie (source: enquête domiciliaire dans la sous-préfecture de Ouessè, 1995).

Gravité épisode	Résultat	CSSP		CCS		H. St-Martin		Privés	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Très grave	inefficace	4	9.1	6	30.0	1	7.1	0	0.0
	amélioration	10	22.7	2	10.0	2	14.3	1	25.0
	guérison	30	68.2	12	60.0	11	78.6	3	75.0
	total	44	100.0	20	100.0	14	100.0	4	100.0
Assez grave	inefficace	0	0.0	4	5.9	0	0.0	1	5.9
	amélioration	9	20.0	8	11.8	6	28.6	6	35.3
	guérison	36	80.0	56	82.4	15	71.4	10	58.8
	total	45	100.0	68	100.0	21	100.0	17	100.0
Pas/peu grave	inefficace	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	amélioration	3	9.7	3	10.0	1	4.5	0	0.0
	guérison	28	90.3	27	90.0	21	95.5	7	100.0
	total	31	100.0	30	100.0	22	100.0	7	100.0

A gravité des cas égale, certains services de santé sont-ils perçus, à travers des expériences concrètes, comme plus efficaces que d'autres? Nous avons déjà vu que tel n'est guère le cas, si l'on ne prend pas en compte la gravité des cas. Les faibles différences observées n'étaient alors pas statistiquement significatives. Il en va de même ici: aucune des différences, parfois importantes, n'est significative. Cela est probablement dû à des effectifs faibles, à ce niveau de désagrégation des données.

Pour les épisodes de maladie tenus pour très graves, l'hôpital Saint-Martin se montre le plus efficace, suivi par les privés (mais seulement quatre cas!), par le CSSP et finalement par les CCS. En prenant les situations extrêmes (en exceptant les privés), le taux de guérison est de 78,6 % à l'hôpital Saint-Martin et de seulement 60 % dans les CCS. Le taux d'échec total du traitement y est respectivement de 7,1 % et 30 %. Pour les cas de moyenne gravité, le CSSP s'est montré le plus efficace, suivi de près par les CCS, puis par l'hôpital Saint-Martin, les privés fermant la marche assez loin derrière. Pour les cas peu ou pas graves, l'efficacité perçue des quatre types d'établissements est très proche. Aucun ne s'est jamais montré totalement inefficace et le taux de guérison oscille entre 90 % pour les services de santé publics à 100 % pour les privés en passant par 95,5 % pour l'hôpital Saint-Martin. Ainsi, il semble que ce soit uniquement pour les cas de maladie les plus graves que les services de santé les plus élevés dans la hiérarchie locale parviennent à se montrer plus efficaces, en termes de résultat thérapeutique, que les services de bas niveau.

En conclusion, on observe premièrement que la gravité perçue des épisodes de maladie influence toujours l'efficacité thérapeutique du recours utilisé, quel qu'il soit. La probabilité de guérir, ou au moins de voir son état s'améliorer, est d'autant plus forte que le cas est considéré comme peu grave. A l'inverse, le taux d'inefficacité totale d'un traitement augmente avec la gravité du cas. L'intérêt de cette conclusion, notamment sa valeur prédictive sur le résultat d'un traitement, est malheureusement limité par l'impossibilité de savoir, pour chaque malade, dans quel sens fonctionne la relation de cause à effet. Le cas est-il jugé a priori bénin, ce que confirme l'efficacité du premier traitement entrepris, ou bien est-ce précisément la facilité avec laquelle la maladie a été jugulée qui la fait tenir, a posteriori, pour peu grave? La première hypothèse suppose que les malades et leur entourage soient capables d'émettre un pronostic pertinent, ce qui serait un atout important pour la prise de décision relative à la conduite à tenir face à la maladie. La deuxième hypothèse suggère qu'il existe simplement une forte corrélation entre la difficulté à venir à bout de la maladie et l'appréciation de sa gravité. Celle-ci découlerait alors quasi mécaniquement de celle-là et n'apporterait donc aucune information ni nouvelle ni intéressante, puisqu'apparaissant a posteriori. En définitive, si la perception de la gravité du cas de maladie joue un rôle capital dans les comportements de recherche de soins, nous constatons une fois de plus qu'il s'agit d'une notion très délicate à manier, dans la mesure où il s'agit d'une donnée évolutive, que l'on ne peut toutefois guère enregistrer à chaque stade de la maladie.

Deuxièmement, l'efficacité des divers recours extérieurs est similaire, à gravité égale, sauf pour les recours extérieurs modernes pour les cas très graves. Le CSSP de Ouessè et surtout l'hôpital Saint-Martin de Papané obtiennent alors de meilleurs résultats (mais la différence n'est pas significative). Cette conclusion suggère que ces deux hôpitaux, premier niveau de référence, apportent effectivement un plus thérapeutique par rapport aux services de premier échelon, mais que cette différence n'est perceptible que pour les cas les plus aigus. Le corollaire de cette conclusion est qu'un certain nombre de cas sont pris en charge par ces hôpitaux, alors qu'ils pourraient l'être avec le même profit par un service de santé de proximité¹.

b) Comparaison des diagnostics et des examens de laboratoire entre les services de santé

Bien qu'il existe potentiellement un lien entre la nature des diagnostics et le recours aux examens de laboratoire, ceux-ci devant affiner ceux-là, nous dissocierons la comparaison des diagnostics entre les trois types de services de santé de celle des analyses médicales disponibles et utilisées dans les deux hôpitaux desservant la sous-préfecture de Ouessè.

Des diagnostics plus ou moins diversifiés selon le type de services de santé

La comparaison de la variété des diagnostics se limitera à trois types de services de santé: l'hôpital Saint-Martin de Papané, le CSSP de Ouessè et l'ensemble des CCS de la sous-préfecture de Ouessè. Nous écartons d'emblée les UVS, qui déclarent des diagnostics – ou plus simplement des symptômes – très peu diversifiés: plaies (infectées ou non), fièvre (et/ou paludisme, selon les cas), diarrhée, toux, vomissements et plus rarement dermatoses. De même, nous passons sous silence les services de santé privés, au volume d'activité actuellement négligeable dans la sous-préfecture de Ouessè. Les diagnostics posés par les privés sont comparables à ceux des secouristes (pour le poste de secours de Laminou par exemple) ou à ceux des CCS, selon leur niveau de formation.

¹ Cela est surtout vrai pour l'hôpital Saint-Martin, car le CSSP de Ouessè joue officiellement à la fois un rôle de premier et, beaucoup plus rarement, de second recours.

Les informations utilisées proviennent des rapports mensuels de notification des maladies fournis par chaque service de santé. Nous utiliserons les données de 1994 (cf. Tableau 143 dans le chapitre précédent), qui permettent de comparer les trois types de services, et les données de 1992 (cf. Tableau 162), qui étaient alors plus détaillées pour les deux hôpitaux que pour les CCS. Pour cette année-là, nous ne comparerons donc que l'hôpital Saint-Martin (toutes les consultations, dont environ 40 % effectuées par des patients issus de la sous-préfecture de Ouessè) au CSSP de Ouessè.

Les feuilles de notification des maladies utilisées en 1994 permettent a priori mal de distinguer la finesse des diagnostics entre les trois types d'établissements, dans la mesure où le nombre de rubriques y est limité. Notre tableau n'en recense que 28, si l'on excepte les maladies mal définies ou les autres diagnostics, ainsi que le diabète et le Sida, qui ont été rajoutés par la direction du seul hôpital Saint-Martin¹. Ces 28 rubriques désignent tantôt des maladies uniques, tantôt un symptôme (anémie, hypertension artérielle), tantôt un groupe d'affections (infections broncho-pulmonaires, urgences chirurgicales abdominales, traumatismes en tous genres...), voire même un mélange des deux dernières catégories: diarrhée et parasitoses intestinales. Vu le nombre limité de rubriques et le fait qu'elles ratissent souvent large, la plupart devraient être représentées dans chacun des trois types de services, les différences se marquant plus en termes de proportion que de présence ou absence.

Cela n'est en fait que partiellement vrai. A l'hôpital Saint-Martin, 27 catégories d'affections sur 28 sont présentes (au moins un cas), alors que seules 21 le sont au CSSP de Ouessè et autant dans l'ensemble des CCS. Ces différences ne peuvent pas être expliquées par un effet de taille, puisque les services de santé publics ont pratiqué ensemble environ 14'000 nouvelles consultations contre environ 11'000 consultations nouvelles ou anciennes pour l'hôpital Saint-Martin. La plupart des affections diagnostiquées uniquement dans ce dernier hôpital, n'y enregistrent que 1 à 3 cas (coqueluche, varicelle, zona et maladies mentales).

Deux maladies, d'une grande importance pour la santé publique, y sont toutefois nettement plus fréquentes: la tuberculose (33 consultations, qui débouchent, si le patient l'accepte, sur une hospitalisation à long terme – plusieurs mois –, jusqu'à la fin du traitement) et l'onchocercose (86 consultations, débouchant elles aussi souvent sur une hospitalisation d'environ cinq jours, afin de contrôler rapidement les éventuels effets secondaires du traitement, qui peuvent être graves²). Nous ne reviendrons plus sur le cas de l'onchocercose, longuement développé ailleurs (cf. partie III, chap. 2d). Le fait que les services de santé publics ne prennent en charge, ni même ne diagnostiquent, la tuberculose semble une lacune de taille. Et cela d'autant plus que le CSSP est explicitement sensé le faire, puisqu'il y existe un petit pavillon d'isolement réservé au logement des tuberculeux en traitement. Tout comme pour l'onchocercose, il est difficile de savoir si les agents de santé sont incapables de diagnostiquer ces cas ou si plus aucun tuberculeux ne se présente dans les services de santé publics, ce qui supposerait que les tuberculeux connaissent l'incompétence de ces derniers en la matière et qu'ils sachent diagnostiquer une tuberculose. Quelle que soit la réponse, le résultat est le même. Par contre, la stratégie pour corriger cet état de fait sera fort différente selon le cas.

Il paraît également étonnant que l'ensemble des CCS ne signalent aucune urgence chirurgicale abdominale (hernie, césarienne...). Deux explications, non exclusives, sont possibles. Premièrement, les personnes souffrant de telles affections s'adressent directement à un hôpital capable de les prendre en charge. Cela est largement vrai pour les hernies, bien

¹ Quelques autres rubriques figurent encore dans les formulaires de déclaration, mais nous les avons écartées car aucun cas n'est signalé par les services de santé desservant la sous-préfecture de Ouessè. On peut au passage s'interroger sur le maintien de ces rubriques, alors que des affections plus courantes doivent être regroupées avec d'autres ou être classées dans la catégorie "autre". Espérons que le nouveau formulaire de notification introduit en 1995 corrigera ces défauts.

² La récente introduction d'un nouveau médicament dans cet hôpital, l'ivermectine, n'impose plus cette hospitalisation.

connues, et dont la solution s'appelle "Papané"¹ (c'est-à-dire l'hôpital Saint-Martin de Papané). Cela est beaucoup moins vrai en cas de césarienne, puisque ce sont presque toujours les maternités des CCS qui réfèrent alors les parturientes vers l'un des deux hôpitaux. Dans ce cas, et c'est la deuxième explication possible qui vaut également pour les autres types d'urgences chirurgicales abdominales, il semble que les CCS n'enregistrent pas le passage de la patiente, du moins pas dans la rubrique des urgences chirurgicales abdominales. Dans les services de santé publics de la sous-préfecture, y compris au CSSP de Ouessè à voir le faible nombre de cas rapportés (28), tout semble se passer comme si seuls les cas effectivement traités sont comptabilisés, les autres figurant, au mieux, sous la rubrique "référés". Cette pratique est d'autant plus regrettable pour la fiabilité des statistiques sanitaires que le formulaire de notification des maladies enregistre bien les diagnostics et non pas les traitements pratiqués.

Aucune affection ou groupe d'affections ne sont diagnostiqués qu'au CSSP de Ouessè. Par contre, les CCS sont les seuls à rapporter deux cas de dracunculose.

Ainsi, déjà en termes de présence ou d'absence de certains diagnostics, l'hôpital confessionnel se démarque partiellement des services de santé publics. Il fait preuve d'une capacité à diagnostiquer (ou à attirer?, mais ceci n'allant probablement pas sans cela) une gamme plus large de maladies, dont l'une létale et fortement contagieuse et l'autre terriblement handicapante à un stade avancé. Bien que cette dernière au moins connaisse un fort reflux², ces deux maladies ne sont pas éradiquées dans la sous-préfecture. Vu leur impact épidémiologique élevé, elles nécessitent une surveillance attentive. Deux programmes spéciaux s'en chargent à l'échelle nationale... ce qui explique peut-être pourquoi les services de santé publics de première ligne semblent malheureusement s'en désintéresser.

Le poids relatif des différents diagnostics distingue également les trois niveaux hiérarchiques de services de santé. La concentration des diagnostics sur quelques catégories est nettement plus forte dans les services de santé publics qu'à l'hôpital Saint-Martin. Les cinq premières catégories rassemblent 83 % des diagnostics aussi bien au CSSP que dans les CCS, contre seulement 69,4 % à l'hôpital Saint-Martin. Que l'on considère ensemble les trois niveaux hiérarchiques ou qu'on les oppose deux à deux, on relève toujours une différence statistiquement très significative ($p = 0,0001$) de structure des diagnostics entre les services de santé. Ces différences sont toutefois plus importantes entre les CCS et l'hôpital Saint-Martin ($\chi^2 = 5608,3$) qu'entre ce dernier et le CSSP de Ouessè ($\chi^2 = 4592,1$). L'écart le plus faible se trouve entre le CSSP et les CCS ($\chi^2 = 504,6$). Toutes ces différences très significatives subsistent lorsque l'on ne prend en compte que les diagnostics les plus fréquents (les 10 diagnostics constituant chacun au moins 3 % du total des cas, dans au moins une catégorie de services de santé).

La principale différence est relevée pour le paludisme. Alors que les services de santé publics se caractérisent par une proportion très élevée de ce diagnostic (37,9 % pour les CCS et 34 %, et même 36 % si l'on considère aussi les cas de neuropaludisme, au CSSP de Ouessè), l'hôpital Saint-Martin en reçoit comparativement peu (9,3 %). Deux hypothèses peuvent expliquer une telle différence. D'une part, les diagnostics seraient plus fiables à l'hôpital confessionnel, où la plupart des fièvres ne seraient pas hâtivement taxées de paludisme. D'autre part, beaucoup de malades ne se donneraient pas la peine d'aller jusqu'à ce lointain hôpital pour un simple paludisme, qui peut être traité localement. La visite de cet hôpital seraient alors surtout réservée à des problèmes de santé plus spécifiques. Les deux explications jouent sans

¹ Mais on peut aussi, depuis le printemps 1994, se faire opérer au CSSP de Ouessè.

² L'efficacité du programme de lutte, surtout antivectorielle, contre l'onchocercose se traduit au niveau de l'hôpital Saint-Martin par une baisse importante et régulière du nombre de consultations relevant de ce diagnostic: par exemple, 240 consultations en 1992 pour seulement 86 en 1994, alors que le nombre total de consultations n'a que peu baissé entre ces deux dates.

doute conjointement. Quoi qu'il en soit, toutes deux vont dans le sens d'une efficacité thérapeutiques supérieure de l'hôpital Saint-Martin.

Les diagnostics de maladies sexuellement transmissibles (MST) sont par contre beaucoup plus fréquents à l'hôpital confessionnel (12,5 %) que dans les services de santé publics (respectivement 0,6 % et 1,5 % au CSSP et dans les CCS). Il est d'ailleurs étonnant que le CSSP, avec ses médecins, ses sages-femmes, son laboratoire, diagnostique moins de MST que les CCS.

La catégorie des autres diagnostics et des diagnostics mal définis est également plus représentée à l'hôpital Saint-Martin (31,5 %) qu'au CSSP (20,5 %) et plus encore que dans les CCS (13,9 %). Un léger biais pour l'hôpital Saint-Martin – l'inclusion des accouchements dans cette catégorie – ne suffit pas à l'expliquer. Ce biais corrigé, cette catégorie y représente encore 28,9 % de l'ensemble des diagnostics. De telles différences sur cette catégorie sont lourdes de sens. C'est précisément ici que s'expriment tous les diagnostics, a priori rares, qui ne peuvent être classés ailleurs. Il s'agit donc d'un indicateur de la diversité globale des diagnostics d'un service de santé. A cet égard, le CSSP surclasse les CCS.

Pour les trois types d'établissements, les maladies diarrhéiques se situent dans une fourchette étroite allant de 13,5 % à l'hôpital Saint-Martin à 16,1 % au CSSP. Il est cependant révélateur de distinguer les diarrhées et parasitoses intestinales, d'une part, des dysenteries, notamment amibiennes, d'autre part. Au CSSP, les premières sont 5,7 fois plus nombreuses que les secondes (3,5 fois pour les CCS). A l'hôpital Saint-Martin au contraire, se sont les secondes qui sont 1,6 fois plus fréquentes que les premières. Il y a là sans doute un biais de sélection des patients qui n'utilisent pas indifféremment les services de santé pour les maladies diarrhéiques. Mais il y a aussi, et surtout, une différence de qualité du diagnostic. A l'hôpital Saint-Martin, les patients présentant des diarrhées bénéficient souvent d'un examen des selles. Cela est très rarement le cas au CSSP.

L'utilisation beaucoup plus intensive des examens de laboratoire à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè explique aussi sans doute en partie la proportion beaucoup plus élevée d'anémies parmi les diagnostics de l'hôpital confessionnel (7,9 % contre 2,7 % au CSSP et même 1,1 % dans les CCS, dépourvus de laboratoire). La prise systématique de la tension artérielle à l'hôpital Saint-Martin y est logiquement associée à une proportion d'hypertension artérielle plus forte que dans les services de santé publics, où cet examen est occasionnel. Ce symptôme constitue 2,8 % de tous les diagnostics à l'hôpital confessionnel, 0,5 % au CSSP de Ouessè et 0,6 % dans les CCS.

La malnutrition, essentiellement des jeunes enfants, est également plus souvent diagnostiquée à l'hôpital Saint-Martin (2 %) qu'au CSSP (0,3 %) ou que dans les CCS (0,2 %). Plus qu'un recours préférentiel à l'hôpital confessionnel en cas de malnutrition, il faut y voir une plus grande sensibilité de son personnel envers ce problème de santé public, très peu pris en charge par le secteur médical public (les centres sociaux y pallient partiellement, ceci n'étant d'ailleurs pas forcément sans rapport avec cela). A moins que la malnutrition ne soit très sévère, la plupart des parents ne consultent pas pour cette cause. C'est donc aux agents de santé de la détecter lors d'une consultation pour un autre motif.

La fréquence relative des urgences chirurgicales abdominales suggère à elle seule les différences de niveau hiérarchique des trois types de services de santé, par les compétences et le plateau technique que leur prise en charge requiert. Les urgences chirurgicales abdominales sont inconnues dans les CCS; elles constituent 0,4 % des diagnostics au CSSP, mais 5,8 % à l'hôpital Saint-Martin.

Les deux hôpitaux se distinguent des CCS par une proportion de morsures de serpents onze fois supérieure. Cette énorme différence traduit l'incapacité de plusieurs CCS à prendre en charge efficacement de tels cas, faute de sérum antivenimeux.

A l'inverse, en plus du paludisme dont nous avons déjà parlé, plusieurs diagnostics sont proportionnellement plus fréquents dans les services de santé publics qu'à l'hôpital Saint-Martin. Il s'agit de la conjonctivite, des affections ORL, des affections broncho-pulmonaires et des traumatismes. Il s'agit toujours de diagnostics pour lesquelles les malades parcourent une distance inférieure à la moyenne pour atteindre un service de santé (cf. partie III, chap. 2d), donc de maladies pouvant (et devant souvent pour les traumatismes, vu l'urgence) être traitées plus localement. Le fait que peu de malades fréquentent l'hôpital Saint-Martin pour ces diagnostics ne doit pas être interprété comme un indice de sa médiocre efficacité en la matière. Il reflète simplement l'inopportunité d'investir beaucoup de temps et d'argent pour des affections souvent mineures trouvant une solution locale.

Le nombre de décès enregistrés en 1994 dans les deux hôpitaux desservant la sous-préfecture ne doit pas non plus être mal interprété en termes d'efficacité thérapeutique respective. L'hôpital confessionnel a enregistré cinq fois plus de décès que l'hôpital public (150 contre 31). L'écart est beaucoup plus réduit si l'on pondère le nombre de décès par le nombre d'hospitalisations (et non pas de consultations, puisqu'il n'y a jamais de décès, ou presque, durant une consultation ambulatoire, comme le prouve l'absence de décès enregistrés dans les CCS). L'hôpital Saint-Martin a enregistré 1 décès pour 17,8 hospitalisations, contre 1 pour 24,8 au CSSP de Ouessè. Deux raisons expliquent cette surmortalité relative à l'hôpital confessionnel:

- jouant le rôle d'hôpital de référence pour toute la région entre Tchaourou et Savé, et même au-delà, cet établissement reçoit en moyenne des cas plus sévères que le CSSP de Ouessè, qui draine uniquement les patients de la moitié ouest de la sous-préfecture de Ouessè;
- contrairement au CSSP de Ouessè, cet hôpital n'a pas tendance à renvoyer les patients hospitalisés mourir chez eux¹.

La différence de structure des diagnostics entre le CSSP de Ouessè et l'ensemble des CCS de la sous-préfecture est statistiquement très significative, nous l'avons déjà dit. Cela tient plus aux très gros effectifs globaux en jeu, qui rendent significative toute différence même modérée, qu'à une structure des diagnostics réellement très différente. Pour les trois types de services de santé, l'opposition majeure au regard de la diversité et de la structure des diagnostics se situe donc entre les services de santé publics, d'une part, et l'hôpital confessionnel, d'autre part.

Si l'on se penche maintenant sur la notification des diagnostics de 1992, plus détaillée pour les deux hôpitaux (cf. Tableau 162), la conclusion reste dans les grandes lignes identique: l'éventail des diagnostics est un peu plus large à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè et, surtout, la concentration des diagnostics y est moindre. Ce que nous interprétons encore une fois comme l'indice d'une capacité supérieure à la fois à jouer un rôle d'hôpital de référence et à poser des diagnostics plus précis. De 1992 à 1994, l'écart entre les deux hôpitaux quant à la diversité et à la concentration des diagnostics s'est toutefois accru. Peut-être faut-il y voir une conséquence de l'accroissement du rôle d'hôpital de référence joué par l'hôpital Saint-Martin, à la suite de la dévaluation du FCFA et de l'augmentation consécutive de ses tarifs?

Pour terminer, détaillons les diagnostics de 1992 et voyons leurs similitudes ou différences avec ceux de 1994. En 1992, sur 44 catégories de diagnostics communes¹ (sans la catégorie

¹ Par contre, la famille d'un patient hospitalisé au plus mal demande parfois à le ramener à la maison de son vivant, le transport d'un cadavre par taxi étant prohibitif.

“autre et mal défini”) comportant au moins une mention pour l’un au moins des deux hôpitaux, l’hôpital Saint-Martin en enregistre 44 et le CSSP de Ouessè 41, soit respectivement 100 et 93,2 % des catégories de diagnostics rencontrées dans les deux établissements réunis. La bilharziose intestinale, la coqueluche et l’onchocercose (240 cas pour cette dernière contre 0!) ne sont signalées qu’à l’hôpital Saint-Martin, ce qui est aussi le cas pour les deux dernières maladies en 1994 (la bilharziose intestinale n’est alors plus individualisée). D’autre part, les cinq premières catégories de diagnostics représentent 63,6 % de tous les diagnostics au CSSP, contre seulement 51,1 % à l’hôpital Saint-Martin.

De plus, la structure des diagnostics est significativement très différente entre les deux hôpitaux ($p = 0,0001$). Déjà en 1992, le paludisme se taille la part du lion au CSSP (33,4 %, auxquels il faut rajouter 1 % pour le neuropaludisme), alors qu’il n’arrive qu’en deuxième position à l’hôpital Saint-Martin (11,9 %). A l’inverse, les affections uro-génitales, y compris les accouchements constituent 16,9 % des diagnostics à l’hôpital Saint-Martin, alors qu’elles sont presque absentes au CSSP (0,9 %, sans les accouchements). Ce que nous avons dit plus haut à propos des maladies diarrhéiques et de la dysenterie amibienne ne se vérifie par contre pas en 1992. Il en va de même pour la conjonctivite, les infections broncho-pulmonaires et les diagnostics “autres ou mal définis”, cette fois également fréquents dans les deux hôpitaux. Par contre, la malnutrition, l’anémie, l’hypertension artérielle et les urgences chirurgicales abdominales sont encore une fois proportionnellement plus fréquemment diagnostiquées à l’hôpital confessionnel, alors que c’est l’inverse pour les traumatismes. Les affections gastro-duodénales, catégorie plus individualisée en 1994, sont en 1992 cinq fois plus fréquentes à l’hôpital Saint-Martin qu’au CSSP.

Tableau 162 Comparaison des diagnostics relevés dans les deux hôpitaux desservant la sous-préfecture de Ouessè, en 1992 (source: rapports d’activité mensuels).

	Hôp. St-Martin		CSSP de Ouessè	
	N*	%	N*	%
Maladies diarrhéiques	727	6.2	186	4.2
Amibiase + dysenterie	498	4.2	166	3.7
Tuberculose	14	0.1	4	0.1
Coqueluche	6	0.1	0	0.0
Méningite	71	0.6	3	0.1
Tétanos	11	0.1	3	0.1
Varicelle	11	0.1	15	0.3
Zona	2	0.0	3	0.1
Rougeole	25	0.2	3	0.1
Oreillons	3	0.0	3	0.1
Neuropaludisme	5	0.0	45	1.0
Teigne	sm°	sm°	4	0.1
Bilharziose intestinale	26	0.2	0	0.0
Parasitose intestinale	617	5.3	301	6.8
Gale	52	0.4	6	0.1
Hématurie (y c. bilharziose urinaire)	23	0.2	15	0.3
Affections uro-génitales, MST	1982	16.9	42	0.9
Hémi et paraplégie	13	0.1	1	0.0

¹ Il y a quelques différences entre les deux hôpitaux dans les rubriques du formulaire de notification des diagnostics.

Epilepsie	31	0.3	4	0.1
Conjonctivite	114	1.0	53	1.2
Onchocercose	240	2.0	0	0.0
Autre affection et traumatisme oculaires	74	0.6	18	0.4
Malnutrition	130	1.1	13	0.3
Anémie	524	4.5	110	2.5
Infection broncho-pulmonaire	1203	10.2	526	11.9
Grippe	67	0.6	11	0.2
Affection gastro-duodénale	513	4.4	42	0.9
Urgences chir. abdominales	283	2.4	4	0.1
Dermatose	589	5.0	94	2.1
Dracunculose	4	0.0	3	0.1
Affection articulaire	130	1.1	24	0.5

Tableau (suite)

	Hôp. St-Martin		CSSP de Ouessè	
	N*	%	N*	%
Paludisme	1391	11.9	1482	33.4
Ictère	77	0.7	3	0.1
Maladies mentales	1	0.0	3	0.1
ORL	213	1.8	86	1.9
Hypertension artérielle	327	2.8	33	0.7
Hémorroïde	26	0.2	7	0.2
Fracture	76	0.6	16	0.4
Luxation	10	0.1	3	0.1
Plaie grave et morsure d'animal	108	0.9	146	3.3
Brûlure	22	0.2	18	0.4
Intoxication	16	0.1	31	0.7
Envenimation (morsure de serpent)	105	0.9	50	1.1
Traumatisme tout genre	124	1.1	254	5.7
Abcès	sm°	--	174	3.9
Maladie bucco-dentaire	sm°	--	65	1.5
Candidose digestive	sm°	--	64	1.4
Gynéco-obstétrique**	428	3.6	40	0.9
Cancer et tumeur	34	0.3	sm°	--
Diabète	82	0.7	sm°	--
Fistule anale	22	0.2	sm°	--
Autres et mal défini	687	5.9	259	5.8
Total	11737	100.0	4436	100.0

* N visites à l'hôpital Saint-Martin et N nouveaux cas au CSSP de Ouessè.

** Y compris les accouchements à l'hôpital Saint-Martin.

° sm = sans mention.

Aussi bien en 1992 qu'en 1994, la diversité et la structure des diagnostics distinguent donc nettement les services de santé publics de l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané. Ces différences peuvent être interprétées en termes d'une capacité diagnostique et d'un pouvoir

d'attraction supérieurs de l'hôpital confessionnel, ce qui correspond bien à son objectif de se profiler surtout comme un centre de référence. Les faibles différences observées entre le CSSP de Ouessè et les CCS de la sous-préfecture montrent par contre bien que le CSSP peine à remplir son second objectif: servir de centre de référence pour la sous-préfecture, en sus de son rôle de premier recours pour les habitants des trois communes les plus proches.

Les laboratoires d'analyses médicales: des potentiels et des niveaux d'utilisation très différents

Après la comparaison de la diversité des diagnostics entre les trois niveaux hiérarchiques de services de santé présents dans la sous-préfecture de Ouessè, passons à celle des analyses médicales, entre le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin, seuls établissements de la sous-préfecture disposant d'un laboratoire. La diversité, mais aussi le nombre, des analyses sont ici considérés comme des indices de la qualité des diagnostics et donc de l'efficacité thérapeutique. Cette dernière étant sans doute la principale qualité qu'un malade souhaite trouver dans un service de santé, des analyses de laboratoire nombreuses et diversifiées contribuent donc à la capacité d'un service à répondre aux besoins des patients.

Rappelons que les deux hôpitaux sont de taille très similaire par le personnel employé et le nombre de lits disponibles. Le nombre de consultations et d'hospitalisations est cependant plus élevé à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP. Le laboratoire de ce dernier est desservi par un technicien de laboratoire. Lorsqu'il est en vacances, le laboratoire est fermé, personne d'autre au CSSP ayant des compétences en la matière¹. Le laboratoire de l'hôpital Saint-Martin est desservi par une ou deux personnes, selon l'affluence. Selon le principe de la polyvalence cher à la direction de cet hôpital, plusieurs infirmiers sont également techniciens de laboratoire (et tous les techniciens sont également infirmiers). La formation est interne à l'hôpital. L'arrivée en été 1992 d'une sage-femme expatriée formée aux analyses de laboratoire a fortement redynamisé ce secteur: amélioration de la compétence des infirmiers techniciens, diversification des examens, augmentation de leur nombre.

En 1992, le nombre d'analyses médicales pratiquées au laboratoire du CSSP de Ouessè se monte à 828 (cf. Tableau 163), soit seulement 3,2 analyses par jour ouvrable, effectuées par un technicien de laboratoire dont c'est l'unique charge; ce qui ne l'a pas empêché de souhaiter être secondé par un aide, notamment pour la vaisselle. En 1993, le nombre d'analyses croît très fortement (+ 75,7 %), pour atteindre 1'455, belle progression immédiatement suivie en 1994 par un recul à 1'025 analyses (- 29,6 %), soit moins de quatre par jour ouvrable. Tout autre est la situation à l'hôpital Saint-Martin, qui enregistre 10'871 analyses en 1992, soit 41,8 par jour ouvrable. Comme au CSSP de Ouessè, la progression est importante en 1993: + 55,5 %, soit 16'902 analyses. Malgré un sensible recul du nombre de consultations ambulatoires, la progression se poursuit l'année suivante, mais à un rythme moins soutenu (+ 24,5 %). Le nombre d'analyses se monte alors à 21'037², soit presque 81 par jour ouvrable. Deux personnes travaillent alors à plein temps dans le laboratoire. Ainsi, l'écart entre les deux hôpitaux est considérable pour le nombre d'analyses de laboratoire, et il se creuse en 1994. En 1992, le rapport est de 13,1 à 1 en faveur de l'hôpital confessionnel. Il passe respectivement à 11,6 et 20,5 à 1 en 1993 et 1994. Cet écart est toutefois plus modéré, si l'on pondère le nombre d'analyses par le nombre de consultations.

Une comparaison de ce type se révèle au demeurant très délicate, tant les pratiques et les statistiques disponibles sont hétérogènes. A l'hôpital Saint-Martin, les consultations prénatales,

¹ L'actuel médecin-chef adjoint a appris auprès du technicien de laboratoire à faire les groupages sanguins, indispensables pour les transfusions sanguines.

² 21'180 en 1997.

relativement peu nombreuses, sont incluses dans le nombre total de consultations. En plus du taux d'albumine, communément mesuré dans toutes les maternités publiques par les sages-femmes elles-mêmes (et non comptabilisé avec les analyses de laboratoire), les consultations prénatales débouchent souvent sur d'autres analyses à l'hôpital Saint-Martin. Beaucoup de femmes enceintes qui le fréquentent ont en effet des infections uro-génitales. Pour l'hôpital Saint-Martin, le dénominateur que nous avons retenu est le nombre de consultations ambulatoires, y compris les consultations prénatales. Pour le CSSP, le dénominateur est le nombre de consultations ambulatoires curatives (nouveaux cas et anciens cas, ces derniers étant vraisemblablement sous-notifiés). Les consultations prénatales n'y sont pas incluses, ne débouchant pas sur des analyses comptabilisées. Le nombre d'hospitalisations n'est pas davantage pris en considération dans les deux hôpitaux, chaque patient hospitalisé étant d'abord compté comme un patient ambulatoire. Il s'agit là d'une approximation, la probabilité de subir un examen de laboratoire n'étant pas la même selon que l'on soit hospitalisé ou simplement traité ambulatoirement.

La pondération du nombre d'analyses médicales par le nombre de consultations ne modifie en rien la conclusion ci-dessus: l'hôpital confessionnel en pratique beaucoup plus que le CSSP de Ouessè. En 1992, l'hôpital Saint-Martin enregistrait 0,64 analyse par consultation. Ce nombre va doubler en deux ans (0,81 en 1993 et 1,29 en 1994). En 1992, le CSSP de Ouessè n'enregistre que 0,13 analyse par consultation. Ce nombre double presque l'année suivante (0,24), mais retombe en 1994 au niveau de 1992. Ainsi, de 1992 à 1994, le nombre d'analyses pondéré par le volume des consultations est respectivement 4,9, 3,4 et 9,9 fois plus élevé à l'hôpital confessionnel qu'au CSSP.

Tableau 163 Nombre d'analyses de laboratoire par catégorie réalisées de 1992 à 1994 au CSSP de Ouessè et à l'hôpital Saint-Martin de Papané (sources: rapports mensuels et annuels d'activité).

	CSSP de Ouessè						Hôpital Saint-Martin					
	1992		1993		1994		1992		1993		1994	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Frottis vaginaux	2	0.2	0	0.0	1	0.1	1420	13.1	2228	13.2	2335	11.1
Urines	85	10.3	41	2.8	36	3.5	4329	39.8	6425	38.0	7497	35.6
Expectorations	39	4.7	64	4.4	26	2.5	71	0.7	avec autres		332	1.6
Sang	439	53.0	1077	74.0	816	79.3	1946	17.9	3364	19.9	5598	26.6
Selles	226	27.3	245	16.8	141	13.7	2348	21.6	3999	23.7	4419	21.0
Autres*	37	4.5	28	1.9	9	0.9	757	6.9	886	5.2	856	4.1
Total	828	100.0	1455	100.0	1029	100.0	10871	100.0	16902	100.0	21037	100.0

* Les tests biologiques de grossesse (TBG) sont dans la catégorie "autres" au CSSP de Ouessè, alors qu'il s'agit d'une analyse d'urines.

Au-delà de l'aspect purement quantitatif, le recours intense aux analyses médicales est également propice à la fiabilité des résultats et, partant, des diagnostics: plus un technicien de laboratoire pratique et meilleur il est. Ce n'est par exemple qu'en voyant régulièrement tel ou tel parasite que l'on peut être sûr de ne pas le manquer au microscope et de l'identifier correctement. Le nombre élevé d'analyses pratiquées à l'hôpital confessionnel par les techniciens garantit leur maintien à niveau. Le fait qu'ils soient aussi infirmiers et qu'ils consultent régulièrement assure une coordination et une compréhension optimale entre le cabinet et le laboratoire. Au CSSP de Ouessè, certaines analyses ne sont par contre réalisées que

quelques fois durant l'année, voire jamais certaines années, ce qui augmente la probabilité de résultats négatifs et d'erreurs.

En 1992, plus de la moitié des analyses pratiquées au CSSP étaient des analyses de sang. Cette proportion augmente encore en 1993, puis en 1994, pour atteindre plus de 79 %. Les autres catégories d'analyses diminuent proportionnellement de 1992 à 1994 et deviennent très marginales, à l'exception des analyses de selles (presque 14 % en 1994, mais encore plus de 27 % en 1992). Les frottis vaginaux ont y toujours été presque inexistantes (0 % à 0,2 % selon l'année). Les "autres" analyses (spermogramme, test biologique de grossesse et onchocercose) ont presque disparu (0,9 % du total des analyses en 1994). Remarquons que pour la première fois en 1994 le laboratoire du CSSP a pratiqué quelques (quatre) tests d'onchocercose. Il se peut donc que nos démarches étonnées auprès des différents agents de santé de CSSP aient porté quelques fruits... au moment où, suite aux campagnes répétées d'épandage de larvicide dans les gîtes à simules, l'onchocercose est en très forte régression.

A l'hôpital Saint-Martin en 1994, les analyses d'urines constituent plus du tiers du total des analyses pratiquées, les analyses de sang plus du quart, les analyses de selles plus du cinquième, les frottis vaginaux plus du dixième. Les analyses d'expectorations y représentent moins de 2 % du total des analyses, alors que les "autres" analyses (onchocercose et spermogramme) en constituent environ 4 %. La structure des analyses y est assez stable de 1992 à 1994. Tout comme au CSSP on enregistre cependant une nette augmentation de la proportion des analyses de sang (de 18 % en 1992 à 27 % en 1994). Cette augmentation est compensée par une légère baisse de la part des analyses d'urines, des frottis vaginaux et des "autres", la part des analyses de selles restant stable et celle des expectorations augmentant fortement (tout en restant à un niveau fort bas).

La comparaison de la structure des analyses pratiquées par les deux laboratoires montre donc d'importantes différences. D'une manière générale, cette structure est beaucoup plus équilibrée à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè. Dans ce dernier établissement, les activités du laboratoire constituent de plus en plus un support à la transfusion sanguine. Le CSSP a pratiqué 174 transfusions en 1994. Si l'on compte au moins quatre analyses par transfusion (taux d'hémoglobine pour voir si la transfusion s'impose, groupage sanguin du receveur, groupage sanguin d'au moins un donneur¹ et test HIV du donneur – quand ce test n'est pas en rupture de stock!), on peut estimer à au moins 700 le nombre des analyses de sang liées à une transfusion. Or le nombre total d'analyses de sang pour cette année est de 816. Le laboratoire aurait donc pratiqué au plus 120 analyses de sang non liées à une transfusion. Et encore, parmi ces dernières figurent sans doute bon nombre de tests d'hémoglobine indiquant que le degré d'anémie du malade n'est pas suffisant pour justifier une transfusion sanguine. En définitive, seules environ 330 analyses (32 % du total), dont au plus un tiers de sang, ne sont pas directement liées à une transfusion effective. Rappelons que le paludisme et le neuropaludisme constituent 36 % des diagnostics au CSSP de Ouessè (2'500 nouveaux cas). Les résultats ci-dessus montrent que l'on n'essaie que très rarement de confirmer ce diagnostic par le test de la "goutte épaisse".

A la focalisation croissante du laboratoire du CSSP sur une seule catégorie d'analyses répond une diversification croissante des analyses pratiquées à l'hôpital Saint-Martin. La part des analyses d'urines, catégorie d'analyses la plus fréquente en 1992 (presque 40 %), tend en effet à y diminuer. Toutefois, ces analyses y restent proportionnellement dix fois plus nombreuses qu'au CSSP en 1994, ce qui constitue un corollaire au grand déséquilibre relevé dans ce dernier hôpital. L'absence de certaines catégories d'analyses au CSSP constitue la forme

¹ Il existe bien une liste de donneurs officiels résidant dans l'agglomération de Ouessè, avec cartes de donneurs, mais pratiquement, on recherche le plus souvent un donneur potentiel parmi les parents qui accompagnent le malade.

extrême de ce déséquilibre. C'est le cas de tous les frottis vaginaux, mais aussi, à un niveau plus spécifique, de la recherche au microscope des microfilaires – signature de l'onchocercose – dans un prélèvement cutané. De 1991 à 1993, le CSSP n'a pratiqué aucune analyse de ce type. Pendant le même temps, l'hôpital Saint-Martin en a effectué en moyenne 625 par an.

Cela nous conduit à examiner un peu plus finement la diversité des analyses effectivement pratiquées. Pour ce faire, nous retenons comme indicateur le nombre de types d'analyses effectuées, globalement et par grande catégorie d'analyses. Il ressort du Tableau 164 que la diversité des analyses est trois fois plus importante à l'hôpital Saint-Martin qu'au CSSP de Ouessè (59 types contre 20). Cette proportion varie fortement d'une grande catégorie d'analyses à l'autre. Elle dépend notamment du nombre d'analyses effectivement pratiquées. Pour les frottis vaginaux par exemple, treize types d'analyses ont été utilisées en 1994 à l'hôpital Saint-Martin, contre seulement un au CSSP... où un seul frottis vaginal a été effectué durant l'année. Il se peut donc que, à l'hôpital Saint-Martin et surtout au CSSP, le nombre de types d'analyses potentiellement disponibles soit plus élevé que les nombres fournis par le Tableau 164. Mais ce qui nous intéresse ici, c'est la diversité des analyses réellement pratiquées, qui seules concourent à la qualité des diagnostics.

L'hôpital Saint-Martin a utilisé 2 fois plus de types de tests d'urines que le CSSP, 2,3 fois plus de tests des expectorations, 1,3 fois plus de tests de sang et 2 fois plus d'autres tests divers. Pour les analyses de selles, l'hôpital Saint-Martin emploie 17 tests différents, alors que le CSSP n'en signale qu'un (KOP), qui permet toutefois peut-être d'identifier plusieurs parasites intestinaux. Ces deux chiffres ne sont donc vraisemblablement pas comparables tels quels.

Tableau 164 Nombre de types d'analyses de laboratoire pratiquées en 1994 à l'hôpital Saint-Martin et au CSSP de Ouessè, par grande catégorie d'analyses (sources: registres des analyses).

	Hôpital St-Martin (1)	CSSP de Ouessè (2)	(1)/(2)
Frottis vaginal	13	1	13.0
Urines	10	5	2.0
Expectorations	7	3	2.3
Sang	10	8	1.3
Selles	17	1 (?)	?
Autres	2	1	2.0
Total	59	20	3.0

N. B. Le test biologique de grossesse (TBG) est classé parmi les analyses d'urines.

En conclusion, il ressort de cette analyse que l'hôpital Saint-Martin dispose avec son laboratoire d'un outil diagnostic performant, beaucoup utilisé, et de plus en plus sollicité. A l'inverse, le laboratoire du CSSP de Ouessè est fortement sous-utilisé et beaucoup plus tourné vers les transfusions sanguines – tâche indispensable, mais trop valorisée – que vers un soutien au diagnostic. Alors que dans le premier hôpital le laboratoire est réellement intégré dans un parcours thérapeutique – y compris ambulatoire – au sein de l'hôpital, presque au même titre que le passage final à la pharmacie, il semble en marge de la consultation dans le deuxième, un peu comme le bloc chirurgical auquel l'agent de santé peut potentiellement faire appel, en cas de besoins très spécifiques. De fait, le laboratoire du CSSP est surtout réservé aux patients hospitalisés.

c) Différences entre les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin dans le déroulement d'une consultation

Les deux descriptions qui suivent sont la synthèse de l'observation passive de consultations, aussi bien au CSSP de Ouessè, dans les CCS, qu'à l'hôpital Saint-Martin. Il ne s'agit pas du tout d'une analyse anthropologique des relations patients thérapeutes, beaucoup plus exigeante et nécessitant la maîtrise des langues locales. En assistant à quelques consultations et à quelques visites générales des patients hospitalisés, notre but était d'observer sommairement leur déroulement, les attitudes, l'ambiance... Une partie de ces observations sont "fortuites", dans le sens où nous étions présents dans le cabinet non pas pour y suivre ce qui s'y passait, mais pour y interroger l'infirmier ou pour y recopier certaines parties des registres de santé. Nous travaillions alors sur un coin de table ou sur nos genoux, apparemment sans nous préoccuper de la consultation. Ou encore, nous interrompions notre entretien avec l'infirmier ou l'infirmière et restions un peu à l'écart, partiellement occupé à autre chose, le temps qu'un patient arrivé en cours d'entretien soit examiné. En restant en retrait, sans du tout intervenir, ni pendant ni après une consultation, et sans pouvoir comprendre ce qui se disait, nous nous faisions partiellement oublier, et ne modifions probablement que peu le déroulement de la consultation. Sommaire, cette approche est cependant tout à fait suffisante pour relever certaines différences entre les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin, qui plaident en faveur d'une plus grande efficacité thérapeutique de ce dernier.

La littérature (HOURS, 1986; JEWKES, ABRAHAMS et MVO, 1998 et HOUSSOU, 1985¹; DIESFELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988; BICHMANN, DIESFELD, AGBOTON [*et al.*], 1991; NOUNHATIN, 1991, et GNIMADI, 1994, spécifiquement pour le Bénin), ainsi que de nombreux acteurs nationaux ou étrangers de la santé publique africaine voient dans ce qu'il est convenu d'appeler le mauvais accueil du patient par les agents de santé une des causes majeures de la faible utilisation des services de santé publics en Afrique subsaharienne. Ce mauvais accueil recouvre des dimensions comme l'attente excessive et injustifiée, l'agressivité, les reproches, l'autoritarisme, la désinvolture, la condescendance et le mépris, la consultation expédiée, l'infantilisation du patient, les passe-droits, l'inefficacité, l'"inconscience professionnelle"... sans parler de conduites sociales rendant certains agents peu recommandables, comme la vénalité, l'alcoolisme, les tentatives de séduction des patientes...). Avec les difficultés d'accessibilité géographique et économique et la qualité souvent insuffisante des soins, le Ministère de la santé du Bénin (1994b) voit les déficiences de l'accueil comme une des causes majeures de la faible utilisation des services de santé publics:

L'accueil des malades, en général mauvais dans les formations sanitaires publiques, est une préoccupation pour le Ministère de la Santé. Les parturientes sont aussi mal reçues dans les maternités que les malades le sont dans les dispensaires publics. Le phénomène est moins remarquable dans les structures privées, surtout confessionnelles. Les agents de santé du secteur public doivent être formés sur les règles élémentaires de déontologie et sur l'importance de l'accueil aux malades. Les superviseurs régulières assorties au besoin de mesures disciplinaires devraient y apporter rapidement bon ordre.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, comme ailleurs, la qualité de l'accueil occupe une place importante dans la satisfaction des patients. Interrogée sur les qualités que devrait avoir un agent de santé, une femme répondit: "Jovial, accueillant, patient, il respecte l'ordre d'arrivée". Elle acquiesce ensuite lorsque nous lui demandons si la compétence constitue l'une de ces qualités, mais elle ne l'a pas citée spontanément.

¹ Cet auteur rapporte que 85 % des femmes assistant à la consultation prénatale du CNHU de Cotonou étaient mécontentes de l'accueil, ne serait-ce que parce qu'elles ont en moyenne d'abord dû attendre 2 heures trois quarts.

Loin de nous l'idée d'affirmer que les comportements négatifs longuement énumérés ci-dessus n'existent pas dans la sous-préfecture de Ouessè, nous avons d'ailleurs déjà signalé l'autoritarisme d'un des gardiens du CSSP de Ouessè, ainsi que les plaintes de certains *Peul* à l'égard des agents de santé (cf. partie II, chap. 2a). Mais nous n'y voyons pas une des causes majeures de la sous-utilisation des services de santé. Ces attitudes et comportements restent plutôt isolés et les cas les plus graves caractérisent des agents précis. Les mérites et défauts de chacun sont d'ailleurs souvent bien connus de la population ("certains infirmiers s'énervent beaucoup"), qui a ses préférences, comme le montrent quelques allusions plus ou moins explicites recueillies lors d'entretiens. De plus, certaines attitudes des agents de santé sont si courantes que les patients y sont préparés, sinon habitués: "Ils nous font des reproches si l'on amène l'enfant tardivement. Les mères se taisent". Mais encore une fois, nous n'avons pas mené une recherche spécifique sur la question et les problèmes d'accueil peuvent se situer là où l'on ne les recherche pas a priori (avec le personnel non médical, par exemple) où en des circonstances impossibles à observer (quand une sage-femme est "dérangée" au milieu de la nuit pour un accouchement).

Pour étudier ces aspects relationnels, l'observation est d'ailleurs partiellement inadéquate, même lorsque l'on connaît la langue des locuteurs, car la présence de l'enquêteur incite les protagonistes à "se surveiller". Des entretiens semi-dirigés avec des utilisateurs paraissent plus profitables. Mais cette fois le risque est de surestimer l'impact des problèmes relationnels, puisque l'on invite les interlocuteurs à en parler longuement. Dans des entretiens plus généraux sur les itinéraires thérapeutiques que nous avons menés, non orientés dans cette direction, les récriminations à l'égard des agents de santé sont rarement apparues spontanément. Le fait que nous logions au sein de l'hôpital, avec le médecin-chef adjoint, y est peut-être pour quelque chose. Il est de plus toujours délicat de médire de quelqu'un dont on aura sans doute besoin un jour ou l'autre. Le patient se trouve d'autant plus en situation de dépendance par rapport aux agents de santé qu'ils sont rares et qu'en changer implique souvent un surcoût, financier ou autre.

Les services de santé confessionnels passent, au Bénin comme ailleurs en Afrique subsaharienne, pour être plus accueillants que les services publics. Au niveau des consultations elles-mêmes, nous n'avons pourtant pas remarqué de différences notables à cet égard entre le CSSP de Ouessè et l'hôpital Saint-Martin. Les relations paraissent partout cordiales. Après les salutations d'usage (de loin pas systématiques à l'hôpital confessionnel), le malade est invité à s'asseoir sur une chaise placée devant le bureau de l'infirmier. Celui-ci demande alors au malade ou à son accompagnateur ce qui l'amène. L'humour est souvent présent, avec certains agents du moins. Partout les consultations se déroulent dans le calme, sans se presser, voire avec une certaine nonchalance, ou encore avec une lenteur découlant d'une extrême application, surtout là où il n'y a pas ou peu d'autres patients en attente. A l'exception des urgences, chacun est en principe reçu à tour de rôle, selon son ordre d'arrivée. Les disputes ne sont cependant pas rares au CSSP de Ouessè, surtout parce que des agents essaient de faire passer leurs connaissances avant les autres patients. La durée d'attente au CSSP est tantôt jugée assez courte (généralement moins d'une heure, une heure et demie au maximum), tantôt très longue (presque toute la matinée), selon la perception souvent ponctuelle de quelques informateurs¹. Si l'attente et surtout les passe-droits "suscitent des discussions" – altercations serait souvent un terme plus

¹ Une enquête menée aux CSSP de Tori Bossito et de Banté au Bénin indique un temps moyen d'attente d'environ 50 minutes dans les deux cas pour la consultation générale (DIESELD, KINIFFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988). En Sierra Leone, Gesler et Gage (1987) ont relevé des temps moyens d'attente de respectivement 101 et 201 minutes (respectivement 20 et 60 minutes pour la médiane) dans les services de santé de base de deux régions. En Ouganda, Gershenberg et Haskell (1972) ont mesuré une attente moyenne de 2,1 heures aux postes de secouristes, de 1,2 heure aux dispensaires et de 3,1 heures aux centres de santé, pour une moyenne générale de 1,9 heure.

approprié – les patients se savent dépendants et font preuve d’une certaine résignation: “... mais on ne se décourage pas, car on est malade”.

A l’hôpital Saint-Martin, où les consultations quotidiennes pouvaient atteindre le nombre de 150 (les lundis surtout, après le creux du week-end) avant l’augmentation des prix, les agents paraissent plus professionnels que dans le secteur public et les consultations plus courtes, sans être expéditives. Les malades sont très souvent accompagnés. Il y est fréquent que deux cabinets fonctionnent en parallèle et/ou que deux, voire trois, agents assurent ensemble la consultation. Nous avons assisté à de telles consultations assurées par un infirmier et une infirmière de niveau différent et par une aide-soignante. Chacun avait une fonction bien précise et il se dégageait une impression de grande efficacité, sans parler d’une excellente ambiance, calme, détendue, presque joyeuse. La formule offre aussi l’avantage de confronter instantanément deux ou trois avis sur le même cas et d’assurer une fonction de formation (tous les agents de santé, médecins exceptés, sont entièrement formés au sein de l’hôpital).

Le parcours du patient est bien rodé à l’hôpital Saint-Martin. Il s’adresse d’abord à la réception tenue par un aide-infirmier, qui crée un nouveau “dossier” à son nom (en fait une simple fiche cartonnée) si c’est sa première visite, ou qui sort sa fiche si le patient a déjà fréquenté l’hôpital. Le prix forfaitaire de la consultation ambulatoire est aussi encaissé à la réception. Les fiches sont ensuite transmises aux infirmiers des consultations, dans l’ordre d’arrivée des patients. Après une attente souvent longue sur une terrasse ombragée (sauf pour les cas urgents), les patients passent en consultation. Ils vont ensuite fréquemment au laboratoire d’analyses médicales.

Au plus quelques heures après la consultation, le patient peut retourner chez l’infirmier avec le résultat des examens, sans attendre à nouveau. Le diagnostic définitif est alors posé et consigné sur la fiche personnelle, ainsi que le résultat des analyses et le traitement prescrit. Muni d’une ordonnance, le patient va ensuite retirer les médicaments à la pharmacie de l’hôpital, où on lui en explique la posologie. En fonction des cas, il peut aussi être référé à un des deux médecins, hospitalisé ou dirigé vers une salle de soins (désinfection, pansements, sutures, injections, plâtres...). Il arrive souvent que le médecin-chef adjoint consulte les après-midi¹ (les matins étant habituellement réservés à la chirurgie). Il s’agit surtout d’habitues, recrutés principalement sur le critère de la langue commune, le *fon*, alors que le gros des patients parlent *nagot*. Les malades ne reviennent pour un contrôle ultérieur que si le personnel le leur demande expressément. Même dans ce cas, ils ne reviennent souvent pas, s’ils se sentent bien.

Il existe des différences de taille entre une consultation dans un service de santé public et l’hôpital Saint-Martin. Mais elles ne se situent pas au niveau de la relation patient thérapeute. Il s’agit essentiellement de la manière dont les investigations sont menées pour poser le diagnostic. A l’hôpital Saint-Martin, l’anamnèse comporte presque toujours un certain nombre de questions standards (sur la présence ou l’absence de fièvre, de vomissements, de selles avec leur nature...) en sus de questions plus directement orientées par la plainte du patient. Toutes ces informations sont consignées sur la fiche du patient. Dans les registres de patients des services de santé publics ne figurent par contre qu’un ou deux symptômes, correspondant souvent à la plainte du patient. Mais c’est surtout l’examen du patient qui est plus soigné à l’hôpital Saint-Martin que dans les services de santé publics. Dans le premier, une série d’examens de routine sont presque systématiquement pratiqués (la nature de la plainte peut naturellement les infléchir): auscultation, pression artérielle, pouls, température, poids et parfois dilatation des pupilles. Ces

¹ Beaucoup d’informations, surtout celles relatives au personnel, sont sujettes à des modifications rapides. Ainsi, lors de notre troisième séjour, le médecin-chef adjoint était absent. Il suivait une formation d’une année à l’Ecole de santé publique d’Anvers. A son retour, à l’été 1995, il a repris la direction de l’hôpital, après la fin du contrat du médecin-chef expatrié. Il s’est alors retrouvé seul médecin pendant un certain temps, le médecin-adjoint engagé pour le remplacer ayant rapidement quitté l’hôpital.

informations sont elles aussi consignées sur la fiche personnelle du patient, qui reste dans le fichier de l'hôpital. De plus, nous venons de voir que de nombreux examens de laboratoire sont aussi pratiqués pour confirmer le diagnostic. Par exemple, une goutte épaisse (recherche de plasmodiums dans le sang, indicateur de paludisme) est systématiquement demandée si la température excède 38,5 ou 39° C. En cas de problèmes intestinaux, des analyses de selles sont aussi systématiquement demandées. En 1994, chaque consultation a donné lieu en moyenne à 1,3 analyse, dont plus de la moitié positives.

Si les moyens et les compétences mis en oeuvre pour l'investigation sont objectivement plus élevés à l'hôpital Saint-Martin que dans les services publics de base, il est difficile d'être aussi catégorique sur les médicaments et l'équipement utilisés pour soigner, chirurgie exceptée. Or les patients qui connaissent le secteur public et le secteur confessionnel attribuent à ce dernier des moyens thérapeutiques bien supérieurs. Par exemple, une femme ayant utilisé les deux hôpitaux estime avoir partout été très bien reçue, mais déplore le "manque d'équipement et de produits à Ouessè" et sa cherté par rapport à l'hôpital confessionnel¹. De plus, au moins un des deux médecins est toujours présent dans l'hôpital (où ils logent), 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, de sorte que le potentiel de compétences y est toujours maximal, y compris pour les interventions chirurgicales.

Dans les services de santé publics, l'infirmier commence également, après les salutations d'usage, par demander au patient de raconter son problème. L'infirmier passe ensuite à l'examen du patient, parfois fort léger². Ce dernier semble largement orienté par les données de l'anamnèse, voire par l'autodiagnostic du patient (ce qui a aussi été relevé au Niger par Jaffré et De Sardan, 1995). La température n'est par exemple pas systématiquement prise si la fièvre est évidente. Ces maigres informations sont inscrites dans le registre et recopiées dans le carnet de santé personnel du patient. Ainsi, lorsqu'il passe d'un service de santé à l'autre, il existe toujours une trace des consultations antérieures; ce qui n'est pas le cas avec le système des fiches personnelles restant dans le service, comme pratiqué à l'hôpital Saint-Martin. Donnons un exemple type des informations médicales contenues dans ces registres:

- symptômes: fièvre (39° C), muqueuses pâles;
- diagnostic: paludisme;
- traitement: aspirine, chloroquine (avec posologie).

Les examens de laboratoire sont rarement demandés au CSSP de Ouessè. Comme le suggère le cas de l'onchocercose cité plus haut, il semble que les agents de santé qui effectuent les consultations ne connaissent pas précisément quels types d'analyses peuvent être réalisés localement. Comme nous l'avons vu, le laboratoire est surtout destiné aux patients hospitalisés, notamment ceux nécessitant une transfusion sanguine. En définitive, le laboratoire est sous-utilisé et au moins autant employé pour supporter une action curative (les transfusions) que pour poser ou étayer des diagnostics.

Lors de la consultation, l'infirmier rassure les mères qui s'inquiètent, tremblent ou pleurent à propos de leur enfant. Il précise généralement le diagnostic au malade, parfois sous une forme très sommaire: "Tu dis que c'est le ventre, mais en fait c'est l'oreille".

Selon les cas, un aide-soignant effectue les pansements, les injections... dans une salle annexe (l'infirmier du CCS de Gbanlin-Tosso, qui enregistre la plus forte fréquentation de tous

¹ "A Papané, pour 1'100 FCFA on m'a emmenés dans cinq salles différentes, j'ai fait des analyses et reçu des médicaments. A Ouessè, j'ai dû payer toutes les analyses à part (4'000 FCFA) et ils n'avaient pas tous les médicaments nécessaires".

² Au CSSP de Banté la durée moyenne de la consultation était de 3 minutes en 1985. Elle était toutefois plus raisonnable (12 minutes) au CSSP de Tori Bossito. En moyenne pour les deux districts, la seule méthode d'examen était l'interrogatoire dans 47 % des consultations (DIESFELD, KINIIFO, ALIHONOU [*et al.*], 1988).

les CCS de la sous-préfecture est le seul à ne pas bénéficier d'un aide-soignant!). Le patient reçoit une ordonnance pour la pharmacie du CSSP, va y retirer et payer les médicaments et revient se faire expliquer la posologie (dessins sur chaque sachet de médicaments et indications dans le carnet de santé). Pour cette étape, il n'y a pas d'attente. Tout au plus le patient doit-il attendre la fin de la consultation en cours. Dans les CCS, l'infirmier établit l'ordonnance et sort directement d'une armoire les médicaments correspondants. En 1994, des commis chargés de l'enregistrement des patients, de la comptabilité et de la pharmacie ont été nommés dans les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè. Sauf dans les dispensaires de Tosso et de Kokoro, éloignés des maternités correspondantes où travaillent les commis, le prescripteur n'est désormais plus celui qui vend les médicaments dans les CCS.

Au CSSP de Ouessè, le médecin-chef est exceptionnellement dérangé pour examiner un cas difficile. Son activité thérapeutique se limite presque exclusivement à la visite, matin et soir, des patients hospitalisés. Diverses activités (supervision, administration, négociations, séminaires, enquêtes, approvisionnement en médicaments, vacances...), le tiennent d'ailleurs assez souvent éloigné de l'hôpital. Par chance, le CSSP de Ouessè bénéficie depuis quelques années d'un médecin-chef adjoint¹, aux activités plus curatives, qui a un cabinet à côté de la consultation principale. Les infirmiers peuvent lui référer des patients. Certains le font volontiers, profitant de cette possibilité de progresser en confrontant leur avis à celui d'un médecin; d'autres le font beaucoup plus rarement... Les infirmiers des CCS réfèrent peu au CSSP, nous l'avons déjà vu (cf. partie III, chap. 3e), sachant par expérience que la plupart des patients référés ne suivront pas leurs recommandations ou iront ailleurs. Au CSSP, il est aussi possible d'obtenir une consultation directement avec un médecin (avec le médecin-chef adjoint). Cette possibilité est très peu utilisée, car la consultation coûte alors deux fois plus cher. Pour décharger les infirmiers, il arrive aussi au médecin-chef adjoint de dédoubler la consultation, tout en pratiquant le prix normal. Il sélectionne alors surtout les jeunes enfants.

En conclusion de cette mise en parallèle du fonctionnement des services de santé publics et de l'hôpital Saint-Martin, il ressort que les relations patient thérapeutes sont globalement, peu différentes dans ces deux catégories d'établissements, bien que quelques agents des services de santé publics aient notoirement de la peine à se faire accepter d'une partie de la population. Mais les agents du premier se contentent d'investigations médicales minimales, surtout focalisées sur la plainte du patient, alors que ceux du second se livrent à une anamnèse et surtout à un examen plus complets du patient, tout en utilisant fréquemment les examens de laboratoire, notamment lorsque la spécificité du diagnostic qu'ils apportent permet d'ajuster le traitement. On ne s'y contente par exemple pas de diagnostiquer une parasitose intestinale et d'administrer un vermifuge à large spectre (mais qui n'est toutefois pas efficace contre tous les parasites), comme dans les services de santé publics, mais on détermine d'abord l'espèce du ver, puis l'on prescrit un vermifuge spécifique. Cette approche moins superficielle ne peut que conduire à des résultats sensiblement différents en termes de diagnostic, de traitement et finalement d'efficacité thérapeutique globale. Nous avons par exemple vu plus haut (cf. partie V, chap. 3b) que les diagnostics sont plus diversifiés à l'hôpital Saint-Martin, différence qui ne ressort du reste qu'imparfaitement des rapports de notification des maladies, qui ne distinguent pas, par exemple, les différentes parasitoses intestinales.

Cette manière de procéder, plus rigoureuse et mieux documentée, se révèle également très profitable pour le suivi du travail des infirmiers et sages-femmes et leur formation continue. Chaque soir, le médecin-chef de l'hôpital Saint-Martin relit une partie des fiches de patients remplies durant la journée et examine la pertinence du diagnostic et du traitement prescrit au

¹ Ce deuxième médecin, qui n'est pas prévu par la planification sanitaire béninoise au niveau des CSSP, est conjointement payé par le PMSBS et le financement communautaire. En 1997, le médecin-chef a été muté, sans que son poste soit repourvu.

regard de l'ensemble des informations inscrites. Au besoin, il discute de certains cas avec les agents concernés. Les registres de santé publics sont si lacunaires qu'ils ne peuvent guère être utilisés à cette fin. Les tournées de supervision du médecin-chef de la sous-préfecture sont d'ailleurs plus administratives que médicales.

Comme l'indiquent les trois témoignages suivants, les habitants de la sous-préfecture de Ouessè sont persuadés que l'hôpital Saint-Martin est plus efficace que les services de santé publics, le CSSP de Ouessè en particulier. Les comparaisons de l'accueil entre les deux établissements font d'ailleurs beaucoup plus référence à la capacité de prise en charge des malades qu'aux aspects relationnels, relativement moins importants pour une population ne consultant souvent qu'en dernier ressort.

A Papané [l'hôpital Saint-Martin], ils font des opérations. Ils donnent beaucoup de médicaments efficaces, alors qu'à Ouessè [au CSSP] il faut payer les médicaments après le carnet. S'il n'y avait pas les frais de transport, Papané prendrait beaucoup de patients à Ouessè. Sans le transport, Papané est moins cher [cet entretien s'est déroulé quelques mois avant la dévaluation du FCFA et l'augmentation des prix à l'hôpital Saint-Martin]. Jamais les gens de Papané n'ont envoyé quelqu'un à Ouessè [allusion à la référence unidirectionnelle entre les deux hôpitaux]. Papané est plus efficace car c'est privé et il y a un Blanc. L'accueil y est donc meilleur. Il y a une différence de comportement, car il n'y a pas de sanction à l'Etat [un groupe d'hommes de Wokpa auxquels nous avons demandé quelles étaient les différences entre les deux hôpitaux].

La perception des différences entre les deux établissements par un agriculteur de Ouessè n'est guère différente:

Papané domine, car j'ai été traité sans amélioration pendant deux semaines à Ouessè, alors qu'à Papané, la douleur a cessé. Les comprimés de Papané sont plus efficaces que ceux de Ouessè, même si ce sont les mêmes comprimés blancs dans les deux hôpitaux. A Papané, ils font les opérations et l'accueil des patients est meilleur qu'à Ouessè: tous courent de gauche et de droite pour te recevoir. Ici, tu ne trouves personne parfois, on te fait asseoir [attendre] d'abord.

La capacité de l'hôpital Saint-Martin d'effectuer des opérations chirurgicales est presque toujours relevée comme la première différence entre les deux hôpitaux:

L'hôpital [le CSSP] est un très beau bâtiment. Mais nous sommes obligés d'aller à Papané pour nous faire opérer, car il n'y a pas d'équipement à Ouessè [une femme d'Attata].

Dans ces discours, l'hôpital Saint-Martin est pris pour référence, alors que le CSSP est largement défini par opposition à cette image positive. Plusieurs dimensions de l'accès et de la qualité de la prise en charge y sont rappelés: accessibilité géographique, accessibilité économique, plateau technique, efficacité thérapeutique, qualité de l'accueil. Pour les habitants de l'Ouest de la sous-préfecture, seule l'accessibilité géographique plaiderait en faveur du CSSP.

d) La condition d'agent de santé du secteur public en milieu rural

La qualité de l'accueil et de l'empathie offerts par les agents de santé aux patients dépend de leur formation et plus encore de leur personnalité, de leur motivation et de leur intégration au "milieu", pour prendre un terme à la mode au Bénin. Les agents du secteur public en poste dans la sous-préfecture de Ouessè, comme beaucoup de leurs collègues, sont confrontés à des difficultés qui altèrent leurs relations avec la population qu'ils doivent desservir. Premièrement, ce sont surtout des "étrangers", souvent originaires du Sud. En effet, le Ministère de la santé et ses Directions régionales ne se préoccupent pas de l'origine des agents lors des affectations. Il en résulte que beaucoup d'entre eux doivent vivre et travailler dans une région dont ils

connaissent pas ou mal la langue (du moins au début), ce qui n'est pas sans poser problème pour une profession où la parole occupe une position centrale. Le français peut être utilisé comme langue véhiculaire, mais seule une minorité de villageois le maîtrisent. Souvent recrutés localement, les aides-soignants et les matrones ou encore un parent du patient servent au besoin de traducteurs.

Cette distance culturelle introduite par des origines ethniques différentes est encore accentuée par une éducation différente. Les habitants de la sous-préfecture sont des ruraux, en majorité agriculteurs, peu ou pas scolarisés. Au contraire, les agents de santé sont souvent des urbains ou des semi-urbains bénéficiant d'un niveau scolaire très au-dessus de la moyenne et d'une formation professionnelle de trois ans, sans parler de la formation universitaire des médecins. Ces différences culturelles ne favorisent pas un discours commun sur la nosologie et l'étiologie des maladies. Comme l'a aussi relevé Fassin (1992) au Sénégal, les patients annoncent parfois de manière voilée ce qui les amène, comme ces femmes qui parlent de maux de ventre, alors qu'elles souhaitent un enfant. Il serait toutefois faux de croire que ces agents, même les médecins, soient déconnectés de la réalité culturelle béninoise. Leur savoir et leurs croyances résultent de la superposition ou du syncrétisme d'une culture populaire africaine et d'une culture scientifique occidentale. Par exemple, pour la plupart d'entre eux, les pouvoirs des sorciers sont bien réels¹.

La distance culturelle se double d'une distance sociale, dans laquelle Okafor (1982) voit une entrave à une bonne communication et donc un important facteur de sous-utilisation des services de santé. Les agents permanents de l'Etat passent aux yeux de la population pour une classe de privilégiés², souvent enviée, voire jalousée, même si les salaires y sont bas. La fonction publique est vue comme la garantie d'un salaire régulier contre un travail souvent léger, d'une certaine couverture sociale et de gains annexes parfois importants. En relever assure un certain pouvoir – le pouvoir de l'Etat –, sinon du prestige. Pour les agents de santé, ce pouvoir est d'autant plus fort qu'il agit sur la maladie, la mort. Pendant longtemps, devenir fonctionnaire constituait le rêve de toute personne ayant un peu d'instruction.

Cette double distance culturelle et sociale ne favorise pas l'intégration des agents de santé au sein du village d'accueil. Il est d'ailleurs symptomatique que les agents de la fonction publique se fréquentent plus entre eux qu'ils ne fréquent la population locale. Plusieurs agents de santé nous ont avoué s'ennuyer: "Les matrones des UVS me volent mon travail. Il n'y a pas assez de travail. Je m'ennuie."³ Désœuvrement, manque d'intégration sociale, de distraction, de

¹ Deux anecdotes liées à la santé montrent que la formation scolaire et même universitaire des "intellectuels" béninois ne les coupent pas des croyances locales.

Les pluies ont été faibles en 1994 dans la sous-préfecture, puis l'harmattan et le froid sont arrivés anormalement tôt après la dernière pluie, ce qui causa beaucoup de maladies et quelques décès. Lors d'une discussion entre les membres du Projet de gestion des ressources naturelles (PGRN), basé à Ouessè dès 1993, des universitaires sont arrivés à la conclusion que "ce qui arrive est la conséquence du fait que l'on avait enterré un bossu à Lakoko; or tout le monde sait que les bossus ne doivent pas être enterrés, mais suspendus dans un arbre du bois sacré". Un de ces universitaires nous a dit que depuis le bossu avait été déterré et que "cela devrait rentrer dans l'ordre".

La seconde anecdote se déroule peu après la précédente, au début de l'année 1995. A cette époque, il y a eu, dans l'agglomération de Ouessè, beaucoup de décès rapides frappant des adultes dans la force de l'âge, dont une quinzaine pour la seule commune de Laminou. Deux membres du PGRN ont demandé un entretien avec le médecin-chef, pour le sonder à propos d'une éventuelle épidémie de méningite, qui commençait d'ailleurs à sévir dans le nord du Bénin et au Nigeria. Le médecin répondit que cette accumulation étrange de décès était due à la sorcellerie, étayant ainsi une autre étiologie également envisagée dans l'agglomération, la période de vente du coton étant favorable aux jalousies et aux empoisonnements.

² Peut-être un peu moins depuis la dévaluation qui a fortement écorné le pouvoir d'achat (officiel) des fonctionnaires, alors que beaucoup de paysans, de commerçants et d'artisans ont pu augmenter leurs prix pour le préserver.

³ Confirmant l'impact de l'existence d'UVS sur le niveau d'activité des maternités publique, une autre sage-femme mentionna qu'elle était auparavant en poste dans le Borgou. "Il y avait une très bonne fréquentation (20 à 25 accouchements par mois). Là-bas, il y a seulement des UVS pour les villages à 12 ou 14 kilomètres de la maternité, alors qu'ici tous ont une UVS, même à 2 ou 3 kilomètres de la maternité. Je n'ai donc qu'une douzaine d'accouchements par mois".

confort et souvent séparation d'avec la famille élargie et même nucléaire restée dans la région d'origine, tout y concourt. Certains agents ne pensent qu'à la prochaine mutation, qui les rapprocherait du Sud, de la ville, de leur famille... Avec le gel du recrutement dans la fonction publique, les mutations sont cependant plus rares qu'autrefois et il est difficile d'obtenir les "bonnes" affectations, pour lesquelles la concurrence est rude. Quand la fonction publique était en pleine expansion, les jeunes fonctionnaires étaient généralement envoyés dans les régions périphériques les plus déshéritées. Puis, par le jeu des mutations, ils accédaient à des postes de plus en plus enviables¹. Ce désir de repartir au plus vite et la rotation assez rapide de nombreux agents ne favorisent évidemment pas l'intégration.

Certains agents de santé en viennent vite à penser que leurs difficultés professionnelles sont largement dues à un "milieu" particulièrement difficile et au fait qu'ils ne sont pas "du milieu": "Si le personnel est issu du village même où il travaille, on lui en veut moins s'il ne donne pas les médicaments" [*un infirmier d'un CCS*]. Moins de deux ans après, un homme du village où travaille cet infirmier a été choisi comme commis du CCS de la commune. Il travaille à la maternité, dans un village voisin, et sa tâche consiste notamment à vendre les médicaments des ordonnances. Tout comme l'infirmier du CCS, il était en butte aux sollicitations de certains patients, dont les plus pressants étaient précisément ceux qui le connaissaient le mieux. Il dira: "Si le lieu de travail avait été mon village, je n'aurais jamais accepté ce poste." L'infirmier de Kilibo est originaire de père et de mère de Kilibo. Tout en soulignant le gros avantage d'une maîtrise parfaite de la langue locale, il confirme certains aspects négatifs liés au travail dans sa propre communauté: "Les gens s'attendent toujours à avoir des choses gratuites car on est du milieu."

La distance culturelle et sociale entre la population et les agents de santé les amène souvent à porter un jugement moral sur les attitudes et comportements des "masses paysannes" en général et de certains patients en particuliers. C'est spécialement le cas des infirmières et sages-femmes à propos des parturientes. Certaines nous ont dit être choquées parce qu'elles recevaient des parturientes trop jeunes ou trop âgées ("on a accouché la mère et la fille presque en même temps") ou manquant de pudeur ("les femmes... [suit le nom d'une ethnie qui n'est évidemment pas celle de notre interlocutrice], sont à peine entrées dans la salle d'accouchement qu'elles jettent au loin tous leurs vêtements"). Ou au contraire on se gausse de l'extrême pudeur des rares femmes *peul* qui se risquent à fréquenter la maternité. Nous ignorons si ces jugements moraux stigmatisants sont aussi exprimés directement devant les patientes de la sous-préfecture. Cela est le cas, parfois avec une rare violence, dans les maternités des environs du Cap (JEWKES, ABRAHAMS et MVO, 1998).

L'infirmier d'un CCS n'hésite pas à dire que les habitants du village où il travaille sont paresseux. Ils n'auraient donc pas d'argent et rechigneraient à payer pour se soigner. Plusieurs personnes seraient mortes récemment, qui ne seraient pas venues au CCS auparavant. "Ils ne veulent pas comprendre" revient comme un leitmotiv dans la bouche de certains agents de santé. Des griefs plus précis, apparemment anecdotiques, montrent bien que les attentes des agents de santé ne sont pas toujours satisfaites par une population rétive: "Ils ne veulent pas nettoyer le dispensaire". Ce cri du cœur doit à la fois être compris comme l'aveu d'une atteinte à la dignité professionnelle de l'agent de santé ainsi renvoyé à de basses besognes alors qu'il est pénétré de la noblesse d'une fonction consistant à soulager les maux et à sauver les vies, et comme le reproche à la population de ne même pas faire le peu à sa portée pour contribuer à sa santé.

¹ Les mutations s'effectuent une fois par année. Les candidats déposent une demande officielle pour occuper un nouveau poste, dans telle ou telle ville ou région. Puis les directions régionales ou les ministères tranchent. Les chances de succès augmentent si l'on souhaite aller dans une région peu convoitée, si l'on n'a pas été réaffecté depuis plusieurs années et si l'on "accompagne" le dossier.

Le Ministère de la santé lui-même reconnaît que la gestion de ses ressources humaines est déficiente (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1994b). Il relève :

- l'absence de plan de carrière;
- les avancements ou promotions peu fréquents et non assortis d'incidence financière depuis 1987;
- les conditions de travail peu stimulantes;
- le manque de récompense et de sanction systématiques.

Dans un rapport de mission sur l'hôpital confessionnel Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta, le directeur de l'hôpital Saint-Jean de Dieu de Boko relève les avantages procurés par la formation du personnel directement par les hôpitaux confessionnels, comme le pratique aussi l'hôpital Saint-Martin de Papané (DE PAEPE, 1993). Citons les points suivants :

- le personnel est de la région;
- il a une bonne empathie avec la population;
- il veut rester sur place;
- il n'a pas été affecté contre sa volonté;
- un bon encadrement et une bonne ambiance;
- un esprit de dévouement et de service;
- des conditions futures bien connues et acceptées;
- la formation est adaptée aux besoins;
- le choix du personnel selon les propres critères de la direction;
- la possibilité de plusieurs sélections;
- la possibilité de promotion;
- une très bonne formation pratique.

Bénéficier d'une telle formation constitue non seulement une réelle promotion professionnelle et économique, mais encore sociale, dans la mesure où ces agents du secteur confessionnel remplissent une fonction d'utilité publique connue et reconnue de tous. Cela peut aussi être vrai dans le secteur public. Par exemple, l'infirmier qui rencontre de loin le plus grand succès dans la sous-préfecture, en termes de volume de consultations et de taux d'utilisation, est précisément celui qui a le plus bas niveau d'éducation formelle, ayant été recruté et rapidement formé à l'époque où le Ministère de la santé manquait d'infirmiers. Ce faible niveau de formation et peut-être aussi son origine – l'Atacora, département le plus défavorisé du Bénin – incitent certains de ses collègues, originaires du Sud, à le regarder avec un brin de condescendance. Il n'en demeure pas moins qu'avec beaucoup de zèle, de dévouement, de gentillesse et de modestie il abat une tâche considérable au regard de celle de la plupart de ses collègues. Malgré sa faible formation et son origine quasi stigmatisante, cet agent de santé a acquis, à travers sa fonction et les qualités qu'il y met, un statut social enviable au sein de la commune qu'il dessert. À l'inverse, d'autres agents de santé sont en conflit perpétuel avec la population ou une partie d'entre elle, ce qui constitue à leurs yeux un manque de respect envers la fonction qu'ils occupent et un refus de leur accorder le statut qu'ils estiment attaché à cette dernière.

e) Capacité des services de santé publics à prendre en charge le volume des besoins potentiellement exprimables

Les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè sont-ils suffisamment nombreux et pourvus en personnel pour prendre en charge convenablement toute la demande exprimée? Par convenable, nous entendons que la durée de la consultation ne doit pas tomber au-dessous d'un certain seuil, difficilement compatible avec un travail de qualité. La littérature rapporte en effet parfois des durées moyennes de consultation ridiculement faibles, qui interdisent tout examen et anamnèse, si ce n'est très superficiels. Bichmann, Diesfeld, Agboton [*et al.*], (1991) ont compté que la moitié des diagnostics posés dans les services de santé publics de deux sous-préfectures béninoises ont été établis sur la seule base de l'interrogatoire. Dans un dispensaire de Douala, les consultations curatives duraient de 5 à 7 minutes, dont plus de la moitié pour remplir le registre de santé (HOURS, 1986). Dans deux postes de santé près de Dakar, la consultation durait respectivement 2 minutes et demie et trois minutes pour les nouveaux malades et 1 minute et demie et 30 secondes pour les anciens patients (DALLEMAGNE *in* FASSIN, 1992). La durée moyenne des éventuels soins (injection, pansement) y était de 3 minutes. Fassin (1992) relève que l'interrogatoire et l'examen sont encore plus sommaires dans un dispensaire missionnaire de Pikine, pourtant très prisé: 1 à 2 minutes pour l'ensemble de la consultation, y compris le temps nécessaire à une éventuelle traduction. Bien que souvent trop sommaire, la consultation dans les services publics de la sous-préfecture de Ouessè n'atteint pas de telles extrémités. Encore conviendrait-il de ne considérer que la partie "utile" de la consultation. Or nos observations, confirmées pour d'autres sous-préfectures par Bichmann, Diesfeld, Agboton [*et al.*] (1991), montrent que l'enregistrement (au sens large) des patients constitue une part importante, sinon prépondérante de la consultation.

D'une manière générale, la brièveté des consultations peut s'expliquer par des contraintes temporelles (longues files d'attente) et/ou par le manque de qualification (et la négligence?) des agents de santé. D'assez longues consultations ne sont par contre pas forcément un gage de qualité, puisqu'elles peuvent aussi dénoter la lenteur, l'indécision et l'inefficacité. Du moins permettent-elles potentiellement d'effectuer correctement toutes les étapes d'une consultation digne de ce nom.

Notre but n'est pas ici de déterminer quelle devrait être la durée minimale ou moyenne d'une consultation, afin de garantir certains standards. Cela est hors du propos de cette thèse et nous en serions du reste bien incapable. Nous mettrons par contre en évidence que, premièrement, s'il existe un problème de gestion du temps dans les services de santé publics (et chez les privés) de la sous-préfecture de Ouessè, il consiste en une sous-utilisation globale du personnel de santé (ce qui n'empêche pas des pointes de travail parfois importantes, dues à l'irrégularité de la demande et à des services ponctuellement ou plus durablement dégarnis). Nous montrerons ensuite que, malgré la marge de manoeuvre offerte par le sous-emploi du personnel, le volume actuel de ce dernier se révélerait assez vite insuffisant en cas d'augmentation sensible des taux d'utilisation.

Le Tableau 165 indique pour chaque service de santé public de la sous-préfecture le nombre de nouvelles consultations effectuées en 1994 et la moyenne quotidienne. Comme le CSSP de Ouessè est ouvert en permanence (il est toutefois moins fréquenté le week-end), cette moyenne y est calculée sur 365 jours. Les CCS sont par contre fermés les week-ends, bien qu'en cas d'urgence il soit possible de s'adresser au domicile de l'infirmier, qui habite le village. L'infirmier est aussi absent pendant ses vacances annuelles et pour diverses autres raisons liées au service. Le dispensaire reste alors le plus souvent ouvert, desservi par un aide-soignant, ou bien c'est la maternité voisine qui assure l'intérim. Nous avons donc calculé pour les CCS le

nombre moyen de nouveaux cas par jour sur 260 jours ouvrables (5 jours par semaine tout au long de l'année).

Il ressort du Tableau 165 que partout la charge quotidienne par service de santé est faible à très faible. Elle est maximale au CSSP de Ouessè, avec 15,3 nouveaux cas par jour. Le dispensaire de Tosso suit loin derrière (6,2 nouveaux cas par jour et 8,8 si l'on y adjoint le complément de consultations effectuées par la maternité de Gbanlin). Arrivent ensuite les trois CCS du nord-est de la sous-préfecture (de 3,7 à 4,5 nouveaux cas par jour), puis le dispensaire de Kokoro (1,6 nouveaux cas et 2,8 avec la maternité de Challa Ogoï) et finalement le CCS de Djegbé (0,5 nouveau cas). Le nombre de nouveaux cas par jour dépend autant du taux d'utilisation que du bassin de population de chaque service. Pour s'en convaincre, il suffit de comparer le nombre de nouveaux cas par jour dans les CCS de Kémon et de Djegbé, deux petites communes de taille similaire.

Il est difficile de comparer la charge de travail par agent de santé du CSSP et des CCS. En effet, un dispensaire de CCS n'est desservi que par un infirmier, secondé d'un aide-soignant (sauf précisément à Tosso, enregistrant le plus fort volume d'activité curative des CCS de la sous-préfecture). Le CSSP de Ouessè dispose au contraire de deux médecins, de trois à quatre infirmiers et d'autant d'aides-soignants, sans compter le personnel de la maternité, qui effectue une petite partie des consultations curatives. Par contre, les activités y sont plus diversifiées que dans un CCS: consultations curatives, hospitalisation, gardes 24 heures sur 24 et tâches de direction, de gestion et de supervision.

Ce très faible rendement des services de santé ne doit toutefois pas faire oublier que les nouveaux cas n'y constituent qu'une partie de l'activité des agents. Selon les rapports mensuels d'activité, les anciens cas constituent environ 14 % des nouveaux cas, proportion inférieure à la réalité à cause d'une sous-notification probable de ce genre d'activité. Chaque service de santé assure en outre la vaccination dans tous les villages de son espace médical officiel. De plus, les infirmières de Djegbé et de Kémon remplissent à la fois la fonction de sage-femme et d'infirmier pour leur commune respective. Les infirmières des maternités de Gbanlin et de Challa Ogoï dispensent aussi les soins curatifs, en complément des dispensaires localisés dans d'autres villages.

Malgré ces multiples activités, les agents de santé sont en général loin d'être surchargés. L'absence d'attente ou sa brièveté avant les consultations curatives, surtout dans les CCS, l'atteste. Nous avons décrit plus haut une consultation type dans un service de santé public. Bien que les examens y soient souvent superficiels, voire absents, les consultations n'y sont jamais expédiées à la va vite, pour autant que nous ayons pu en juger. La faible charge de travail ne devrait donc pas conduire à une baisse de qualité de la consultation, par manque de temps. Dans les cas les plus extrêmes, le faible nombre de nouveaux cas pourrait à l'inverse avoir un impact négatif sur la qualité, par manque de pratique.

Tableau 165 Nombre de nouveaux consultants par jour et par service de santé public en 1994 (sources: registres de patients et recensement de 1992 réactualisé).

	NC	NC/jour*	Pop. aire attr. officielle**	Tx utilisation
	N	N	N	%
CSSP de Ouessè	5600	15.3	19297	29.0
Disp. de Tosso	1603	6.2	5910	27.1
Matern. de Gbanlin	687	2.6	5910	11.6
CCS de Gbanlin	2290	8.8	5910	38.7

CCS de Djegbé	119	0.5	2506	4.7
Disp. de Kokoro	426	1.6	6077	7.0
Matern. de Challa Ogoï	289	1.1	6077	4.8
CCS de Challa Ogoï	715	2.8	6077	11.8
Disp. de Kilibo	966	3.7	7234	13.4
CCS de Kémon	1175	4.5	4318	27.2
Disp. de Toui	1043	4.0	9900	10.5

* 365 jours par an pour le CSSP, ouvert en permanence et 260 jours par an (5 jours par semaine) pour les CCS.

** L'aire d'attraction officielle des CCS est la commune. Pour le CSSP de Ouessè, nous n'avons retenu ici que les trois communes de Ouessè, Laminou et Odoughba qu'il dessert pour les soins de santé primaires et secondaires. Les nouveaux cas et les taux d'utilisations incluent une minorité de patients issus de l'extérieur des aires d'attraction officielles.

Les taux d'utilisation actuels des services de santé formels sont jugés trop bas au Bénin. Des efforts sont entrepris par le Ministère de la santé pour les augmenter, notamment en améliorant l'accès aux services de santé. Que se passerait-il si, les barrières à l'accès diminuant et les habitudes de soins se modifiant, les taux d'utilisation venaient à augmenter substantiellement? Les services de santé publics de base seraient-ils capables d'absorber cette nouvelle demande?

Nous avons estimé le potentiel d'augmentation du volume de nouveaux cas¹ dans les services de santé publics selon deux scénarios. Premièrement, nous appuyant sur le constat de grandes variations actuelles des taux d'utilisation entre les communes mais aussi entre les villages d'une même commune, notamment en fonction de leur localisation par rapport aux services de santé, nous avons émis l'hypothèse que le taux d'utilisation des habitants de chaque village d'une commune pourrait atteindre celui du village abritant le service de santé, c'est-à-dire toujours le taux le plus élevé de la commune. Cela revient en gros à considérer que les barrières liées à l'accessibilité tombent (presque entièrement) et que les autres barrières à l'accès, propres à chaque commune, subsistent. Deuxièmement, nous avons considéré que le taux d'utilisation de chaque village de la sous-préfecture de Ouessè pourrait atteindre le niveau villageois le plus élevé actuellement enregistré (98,7 % à Tosso en 1994). Ce taux d'utilisation correspond par ailleurs assez précisément au niveau d'utilisation des prestations curatives considéré comme "normal" par l'OMS (100 %). Ces deux scénarios, qui ne se réaliseront sans doute jamais sous cette forme tant il est difficile d'égaleriser l'accessibilité des habitants de chaque village aux services de santé, n'ont en soi rien d'irréaliste. Ils ne prennent en effet pas en compte l'ensemble des besoins potentiels, mais seulement la fraction d'entre eux qui s'expriment déjà actuellement sous forme d'une demande de soins auprès de services de santé publics, dans les villages où les barrières à l'accès sont les moins fortes.

En 1994, l'ensemble des services de santé publics de la sous-préfecture ont enregistré 10'952 nouveaux cas issus de l'aire d'attraction officielle de chacun d'entre eux, soit un taux d'utilisation global de 19,8 %. Avec le premier scénario, le taux d'utilisation moyen pour la sous-préfecture est de 42,5 %, pour un total de 23'490 nouveaux cas, soit 2,1 fois plus qu'en réalité (cf. Tableau 166). Le nombre de nouveaux consultants bondit à 54'525 avec le deuxième scénario, soit 5 fois plus qu'observé en réalité. On pourrait encore envisager un scénario intermédiaire, reprenant l'objectif d'un taux d'utilisation de 80 % que s'est fixé le Ministère de

¹ Comme nous n'avons retenu qu'un seul diagnostic (un nouveau cas) par épisode de maladie, le nombre de nouveaux cas est équivalent à celui des nouveaux consultants.

la santé (cf. introduction, chap. 1), sans préciser clairement quels types de services sont impliqués dans cette couverture. Ce scénario déboucherait sur 43'620 nouveaux consultants, à supposer que le taux d'utilisation de 80 % soit un objectif pour le seul secteur public.

Tableau 166 Projection du nombre de nouveaux cas par service de santé public de la sous-préfecture de Ouessè en 1994 avec des taux d'utilisation partout égaux au meilleur taux par village dans chaque commune, puis au meilleur taux villageois (Tosso) de la sous-préfecture (sources: registres des patients et recensement de 1992 réactualisé).

	Pop.	Réal		Scénario 1			Scénario 2		
				Projeté, meilleur taux aire attr. off.			Projeté, taux Tosso		
		NC	Taux	Taux	NC	proj./rée 1	Taux	NC	proj./réel
	N	N	%	%	N		%	N	réel
CSSP de Ouessè									
Ouessè	2678	1557	58.1	58.1	1556	1.0	98.7	2643	1.7
Adougou	866	428	49.4	58.1	503	1.2	98.7	854	2.0
Zogba Gaou	957	234	24.5	58.1	556	2.4	98.7	945	4.0
Lakoko + Danigbé	610	239	39.2	58.1	354	1.5	98.7	602	2.5
Attata	516	146	28.3	58.1	300	2.1	98.7	509	3.5
Laminou	2911	457	15.7	58.1	1691	3.7	98.7	2873	6.3
Kpassa	1622	310	19.1	58.1	942	3.0	98.7	1601	5.2
Botti	1597	304	19.0	58.1	928	3.1	98.7	1576	5.2
Gbémé	1393	346	24.8	58.1	809	2.3	98.7	1375	4.0
Attannondoho	644	107	16.6	58.1	374	3.5	98.7	636	5.9
Odougba	1828	230	12.6	58.1	1062	4.6	98.7	1804	7.8
Zogba Trékou	893	91	10.2	58.1	519	5.7	98.7	882	9.7
Tchédjannagnon	501	41	8.2	58.1	291	7.1	98.7	494	12.1
Dokoundoho	592	139	23.5	58.1	344	2.5	98.7	584	4.2
N'gbéhouédo	1690	215	12.7	58.1	982	4.6	98.7	1668	7.8
Comm. Ouessè, Lami., Odoug.	19297	4844	25.1	58.1	11212	2.3	98.7	19046	3.9

Tableau (suite)

	Pop.	Réal		Scénario 1			Scénario 2		
				Projeté, meilleur taux aire attr. off.			Projeté, taux Tosso		
		NC	Taux	Taux	NC	proj./rée 1	Taux	NC	proj./réel

	N	N	%	%	N	%	N	
Dispensaire de Tosso et maternité de Gbanlin								
Tosso	498	491	98.7	98.7	491	1.0	98.7	491 1.0
Vossa	1773	787	44.4	98.7	1750	2.2	98.7	1750 2.2
Gbanlin	2528	970	38.4	98.7	2495	2.6	98.7	2495 2.6
Idadjo	1112	4	0.4	98.7	1097	274.3	98.7	1097 274.3
Commune de Gbanlin	5910	2252	38.1	98.7	5833	2.6	98.7	5833 2.6
Dispensaire de Djegbé								
Commune de Djegbé	2506	119	4.7	4.7	118	1.0	98.7	2473 20.8
Dispensaire de Kokoro et maternité de Challa Ogoï								
Kokoro	1715	300	17.5	17.5	300	1.0	98.7	1693 5.6
Challa Ogoï	1460	184	12.6	17.5	255	1.4	98.7	1441 7.8
Kombon	917	64	7.0	17.5	160	2.5	98.7	905 14.1
Idouya	728	42	5.8	17.5	127	3.0	98.7	718 17.1
Gbédé	858	18	2.1	17.5	150	8.3	98.7	847 47.1
Botti Houegbo	399	46	11.5	17.5	70	1.5	98.7	394 8.6
Commune de Challa Ogoï	6077	654	10.8	17.5	1063	1.6	98.7	5998 9.2
Dispensaire de Kilibo								
Kilibo	4864	874	18.0	18.0	876	1.0	98.7	4801 5.5
Kilibo Gare	1011	24	2.4	18.0	182	7.6	98.7	998 41.6
Yaoui	1359	26	1.9	18.0	245	9.4	98.7	1341 51.6
Commune de Kilibo	7234	924	12.8	18.0	1302	1.4	98.7	7140 7.7
Dispensaire de Kémon								
Kémon	3217	1153	35.8	35.8	1152	1.0	98.7	3175 2.8
Akpéro	1101	16	1.5	35.8	394	24.6	98.7	1087 67.9
Commune de Kémon	4318	1169	27.1	35.8	1546	1.3	98.7	4262 3.6
Dispensaire de Toui								
Toui	3182	776	24.4	24.4	776	1.0	98.7	3140 4.0
Toui Gare	2569	193	7.5	24.4	627	3.2	98.7	2536 13.1
Toui PK	1846	14	0.8	24.4	450	32.2	98.7	1822 130.1
Ogoutédo	2303	7	0.3	24.4	562	80.3	98.7	2273 324.8
Commune de Toui	9900	990	10.0	24.4	2416	2.4	98.7	9772 9.9
Tous services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè								
Total ouest sous-préfecture	27713	7215	26.0	61.9	17163	2.4	98.7	27353 3.8
Total est sous-préfecture	27529	3737	13.6	23.0	6327	1.7	98.7	27172 7.3
Total sous-préfecture	55243	10952	19.8	42.5	23490	2.1	98.7	54525 5.0

Avec le premier scénario, la fréquentation des services de santé publics de l'ouest de la sous-préfecture devrait être en moyenne 2,4 fois plus élevée qu'actuellement, contre 1,7 fois plus pour ceux de l'Est. Avec le deuxième scénario, ces valeurs sont respectivement de 3,8 et

7,3. Selon le service de santé, le nombre de nouveaux consultants serait multiplié par 1 à 2,6 avec le premier scénario et par 2,6 à 20,8 avec le second.

Le personnel de santé actuellement en place serait-il capable d'absorber ce surcroît de travail? Tout dépend du scénario et de la situation de départ dans chaque service de santé. Selon le premier scénario, cela semble être possible aux CCS de Challa Ogoï, de Kilibo, de Kémon et de Toui, sans parler de Djegbé où ce premier scénario ne change rien, puisque toute la population de la commune habite dans la même agglomération, pour laquelle nous avons un taux unique d'utilisation. Cela semble par contre beaucoup plus difficile pour le CCS de Gbanlin, dont l'infirmier consacre déjà beaucoup de temps à la vaccination dans deux communes, et au CSSP de Ouessè, dont les effectifs du personnel s'inscrivent à la baisse. Par contre, il est très probable qu'aucun service de santé ne pourrait absorber la hausse du nombre de nouveaux cas prévue par le second scénario, à moins d'engager du personnel. Par exemple, le CCS de Gbanlin devrait alors impérativement engager un aide-soignant pour seconder l'infirmier du dispensaire de Tosso, qui devrait par ailleurs être déchargé par le CSSP de Ouessè de la vaccination dans la commune d'Odougba (qui relève du reste de son aire d'attraction officielle). De plus, l'infirmière responsable de la maternité de Gbanlin devrait aussi, selon ce scénario, faire un effort supplémentaire dans la prise en charge des cas curatifs locaux. Si le volume d'activité augmentait conformément au second scénario, il serait également nécessaire de séparer clairement les activités curatives des activités de gynéco-obstétrique des CCS de Djegbé et de Kémon, et d'y nommer un infirmier dans chacun d'eux.

La planification sanitaire de la première moitié de la décennie 1990 est donc soumise, au Bénin, à des exigences contradictoires. D'une part l'Etat et les bailleurs de fonds étrangers du secteur sanitaire souhaiteraient voir augmenter fortement le niveau d'utilisation des services de santé existant, dont la capacité est souvent sous-utilisée, d'autre part l'Etat voudrait limiter sa participation financière à la santé publique (et à d'autres secteurs), ce qui se traduit par l'encouragement aux départs volontaires de la fonction publique et par le blocage des engagements de fonctionnaires. En clair, on souhaite une forte augmentation de la demande tout en limitant l'offre. Or nous venons de voir qu'à offre constante, les services de santé publics ne pourraient pas répondre à toutes les augmentations de la demande. Le financement communautaire devrait progressivement se substituer au désengagement partiel de l'Etat, en engageant notamment des contractuels, selon les besoins. Ce passage progressif de témoin de l'Etat à la communauté n'est pas exempt de risques. Mentionnons en simplement trois:

- qu'advient-il de l'égalité (relative) de la couverture sanitaire prévalant jusqu'ici entre les communes béninoises, chaque commune n'ayant pas la même capacité financière ni organisationnelle?
- l'autonomie financière des services de santé publics ne risque-t-elle pas de s'accompagner, dans certains cas, de leur quasi privatisation, avec un droit de regard limité de l'Etat?
- l'obligation d'équilibrer les comptes au risque de perdre l'autonomie financière n'aura-t-elle pas pour conséquence que les services de santé négligeront les activités peu ou pas rentables, comme la prévention (vaccination, consultations pré- et post-natales, suivi de croissance des enfants sains...)?

4. ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ FORMELS ET LOCALISATION DE LA POPULATION A RISQUE DE TRÈS FAIBLE UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ FORMELS

Cette cinquième et dernière partie de la thèse a déjà franchi trois étapes:

- la définition des besoins de santé des habitants de la sous-préfecture de Ouessè;
- l'élucidation des moyens d'y répondre selon la population. Ils passent souvent par la disponibilité de services de santé formels – condition souvent considérée comme nécessaire mais pas forcément suffisante;
- l'analyse comparée de la capacité des trois types de services de santé formels de la sous-préfecture à prendre en charge les besoins de la population.

L'ultime étape consiste à mesurer la capacité globale des services de santé modernes à attirer la population dans le besoin. L'aptitude – variable, nous l'avons vu – des services de santé à répondre aux besoins de la population reste en effet potentielle, tant que cette dernière n'entre pas en contact avec les services. Cette étape se décompose en deux volets, dont le second comporte une dimension opérationnelle évidente:

- la mesure de l'accès global des malades aux services de santé modernes ou, sous une forme complémentaire, la mesure globale des barrières à l'accès;
- la localisation de la population à risque de sous-utilisation relative des services de santé formels.

a) Mesure globale de l'accès aux services de santé modernes

L'enquête domiciliaire a permis de recenser les besoins de santé perçus d'un échantillon de la population pour treize catégories de problèmes de santé (cf. partie V, chap. 1c). Elle a également permis de déterminer – le cas échéant – les itinéraires thérapeutiques associés à chacun de ces besoins perçus. Nous savons donc si les besoins perçus se sont transformés en besoins exprimés et, dans l'affirmative, à quel(s) type(s) de recours thérapeutiques la demande s'est adressée. Nous avons conceptualisé l'accès aux services de santé formels comme le degré de concordance entre les caractéristiques des services de santé et celles des malades, qui fait qu'un lien s'établit (ou non) entre les uns et les autres (cf. introduction, chap. 2b). Partant du principe que l'utilisation des services de santé formels¹ est la preuve de l'accès, celui-ci peut donc globalement être évalué par la proportion des besoins qui débouchent sur une demande de soins formels, que ce soit directement ou après une période d'automédication. A l'inverse, la proportion des besoins perçus qui ne s'expriment pas sous forme de demande traduit l'ensemble des barrières à l'accès. Il ne faut toutefois pas considérer ces barrières comme absolues, dans la mesure où la majorité des épisodes ont d'abord été traités par automédication, le plus souvent avec succès. La probabilité d'effectuer un recours extérieur, surtout formel, est très élevée lorsque l'automédication s'est révélée totalement inefficace (cf. partie IV, chap. 3a). L'accès traduit donc ici la capacité et la volonté de recourir à un service de santé formel en première ou deuxième intention (c'est-à-dire après automédication). A l'inverse, les barrières à l'accès constituent l'ensemble des résistances qui ont empêché à un besoin perçu de s'exprimer sous forme d'une demande en direction d'un service de santé formel.

¹ Dans lesquels nous incluons ici l'offre de soins informels proposée par des infirmiers ayant reçu une formation formelle et complète.

Risquons ici une analogie permettant de bien comprendre cette mesure globale de l'accès ou des barrières à l'accès. L'accès aux services de santé peut être comparé à une pile électrique dont on relie les deux bornes par un fil électrique. La loi d'Ohm nous dit que:

$U = R * I$, c'est-à-dire que:

la tension (la différence de potentiel aux bornes) = **la résistance** du fil électrique * **l'intensité** du courant parcourant le conducteur (la vitesse à laquelle le courant est transporté).

Si l'on transpose cette formule dans le contexte de l'accès aux services de santé, on obtient en termes de besoins:

les besoins perçus (l'existence d'un potentiel) = la résistance ou les **barrières** à l'expression des besoins * **les besoins exprimés**.

De même, en termes d'accès, cette équation devient:

l'accès potentiel = la résistance ou les **barrières** à l'accès * **l'accès effectif** ou réalisé (l'utilisation).

L'analogie nous paraît pertinente dans la mesure où dans le cas de la pile comme dans celui des besoins ou de l'accès il existe un potentiel pour qu'un flux s'établisse, dont l'expression est limitée par la présence d'une résistance, de barrières. Il est du reste possible de continuer à filer l'analogie entre la résistance électrique et les barrières à l'accès: tout comme une résistance nulle n'existe pas en électricité¹, l'absence de toutes barrières à l'accès n'est pas concrètement envisageable. En électricité comme en santé publique des efforts intenses sont effectués pour diminuer au maximum la résistance. Les médecins peuvent jouer sur la longueur du fil, sa section et sa nature, de même que sur sa température pour viser la supraconductivité, alors que les acteurs de la santé peuvent jouer sur un nombre de paramètres bien plus nombreux encore... dont la longueur de la distance à parcourir, autre similitude avec la résistance électrique.

L'avantage de cette analogie est qu'elle fournit une équation simple mettant en relation besoins perçus et besoins exprimés ou encore leurs équivalents en termes d'accès. Or, par notre enquête domiciliaire, nous connaissons une partie des besoins potentiels (la morbidité perçue pour 13 affections) et nous savons si ce potentiel s'est exprimé ou non (et sous quelle forme). Il est dès lors aisé de connaître le troisième terme de l'équation et par là même d'avoir une mesure négative de l'accès:

barrières à l'accès = besoins perçus / besoins exprimés.

Cette mesure, sans unité, des barrières à l'expression des besoins reste globale. Elle fournit l'impact négatif de l'ensemble des barrières sur la demande potentielle. Ainsi par exemple, une barrière à l'accès de 3 signifie que la demande potentielle est trois fois plus élevée que les besoins exprimés. Il est préférable d'inverser cette mesure afin d'appréhender directement l'accès:

accès = 1 / barrières à l'accès
= besoins exprimés / besoins perçus.

Ainsi, un accès de 0,33 (ou de 33 %, sous forme de taux) signifie qu'un tiers des besoins ressentis se sont exprimés. Cet indicateur n'est pas nouveau. Il a déjà été proposé par Taylor, Aday et Andersen (1975) sous le nom de "symptoms response ratio", repris par Chen (1978) sous l'appellation de "need index".

Le Tableau 167 indique le taux d'accès global par village des malades de la sous-préfecture de Ouessè aux services de santé formels, y compris quelques consultations auprès d'infirmiers ayant bénéficié d'une formation formelle mais pratiquant à titre informel. Nous

¹ A moins d'atteindre le zéro absolu, ce qui n'est approché que dans des expériences de laboratoire.

n'avons retenu que les épisodes achevés de maladie, pour éviter l'incertitude relative aux malades qui n'ont pas forcément achevé leur quête thérapeutique. L'accès est de 31,6 % pour l'ensemble des malades de la sous-préfecture. Il est légèrement meilleur à l'Ouest (33 %) qu'à l'Est (29 %). Autrement dit, une large majorité des malades de la sous-préfecture n'éprouvent pas le besoin, n'ont pas envie ou n'ont pas la possibilité de visiter un service de santé formel en cas de maladie. Parmi eux, il est difficile de savoir combien auraient voulu visiter un tel service mais n'ont pu le faire en raison d'une barrière absolue (plutôt que d'une simple préférence). Les seules indications disponibles, qu'il faut utiliser avec beaucoup de prudence, sont les motivations du choix des personnes qui se sont contentées de l'automédication tout au long de leur épisode de maladie. Sur 655 personnes qui n'ont pratiqué que l'automédication et dont l'épisode est achevé, 229 (35 %) ont choisi l'automédication plutôt qu'un recours extérieur car elles n'avaient pas d'argent, 13 (2 %) parce que le service de santé était trop loin (6 d'entre elles avançaient aussi le manque d'argent) et 12 (2 %) jugent que les services de santé modernes ne sont pas adaptés à leur maladie. Au total, 38 % de ces malades avançaient donc au moins une barrière "absolue" au non recours à un service de santé formel.

Tableau 167 Taux d'accès effectif par village aux soins de santé modernes¹ en cas de besoins ressentis (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Tot. épis. finis sans décès	Tot. épis. finis avec recours ext. ²	
	N (1)	N (2)	(2) / (1) en %
Idadjo	130	15	11.5
Wokpa	90	30	33.3
Gbanlin	78	50	64.1
Djégbé	103	22	21.4
Attannondoho	85	39	45.9
Gbaffo	51	11	21.6
Adougou	62	34	54.8
Attata	58	16	27.6
Gbédé	67	2	3.0
Kilibo	66	24	36.4
Akpéro	76	23	30.3
Toui PK	70	28	40.0
Odo Akaba	76	26	34.2
Ouest SP Ouessè	657	217	33.0
Est SP Ouessè	355	103	29.0
Total	1012	320	31.6

¹ Sans les secouristes mais avec les privés ayant une formation formelle d'infirmier ou de sage-femme.

² Recours extérieur direct ou après automédication.

N.B. Les villages pour lesquels les données sont en gras se distinguent significativement de l'ensemble des autres villages selon le test du χ^2 ($p \leq 0,05$).

Les différences d'accès sont par contre considérables d'un village à l'autre. L'accès est minimal à Gbédé (3 %, différence statistiquement significative) et à Idadjo (11,5 %, significatif). Il est maximal à Gbanlin (64,1 %, significatif), à Adougou (54,8 %, significatif) et à Attannondoho (45,9 %, significatif). L'accès moyen inférieur à l'Est est essentiellement dû au

village de Gbédé, dont les malades n'utilisent presque pas les recours extérieurs. Les autres villages de l'Est sont proches de la moyenne ou un peu au-dessus. Aucun d'eux ne se distingue significativement de l'ensemble des autres villages, selon le test du χ^2 . Pour l'ensemble de la sous-préfecture, il existe une assez bonne corrélation négative entre le taux d'accès par village et la distance de chaque village au service de santé formel le plus proche ($r = -0,50$). Toutefois, comme l'indique la Figure 141, la distance au service de santé formel le plus proche n'explique de loin pas toutes les différences intervillageoises de taux d'accès. Il est par exemple particulièrement frappant de relever les disparités importantes entre les quatre villages de l'échantillon disposant d'un service de santé à moins d'un kilomètre (taux d'accès allant de 21 à 64 %).

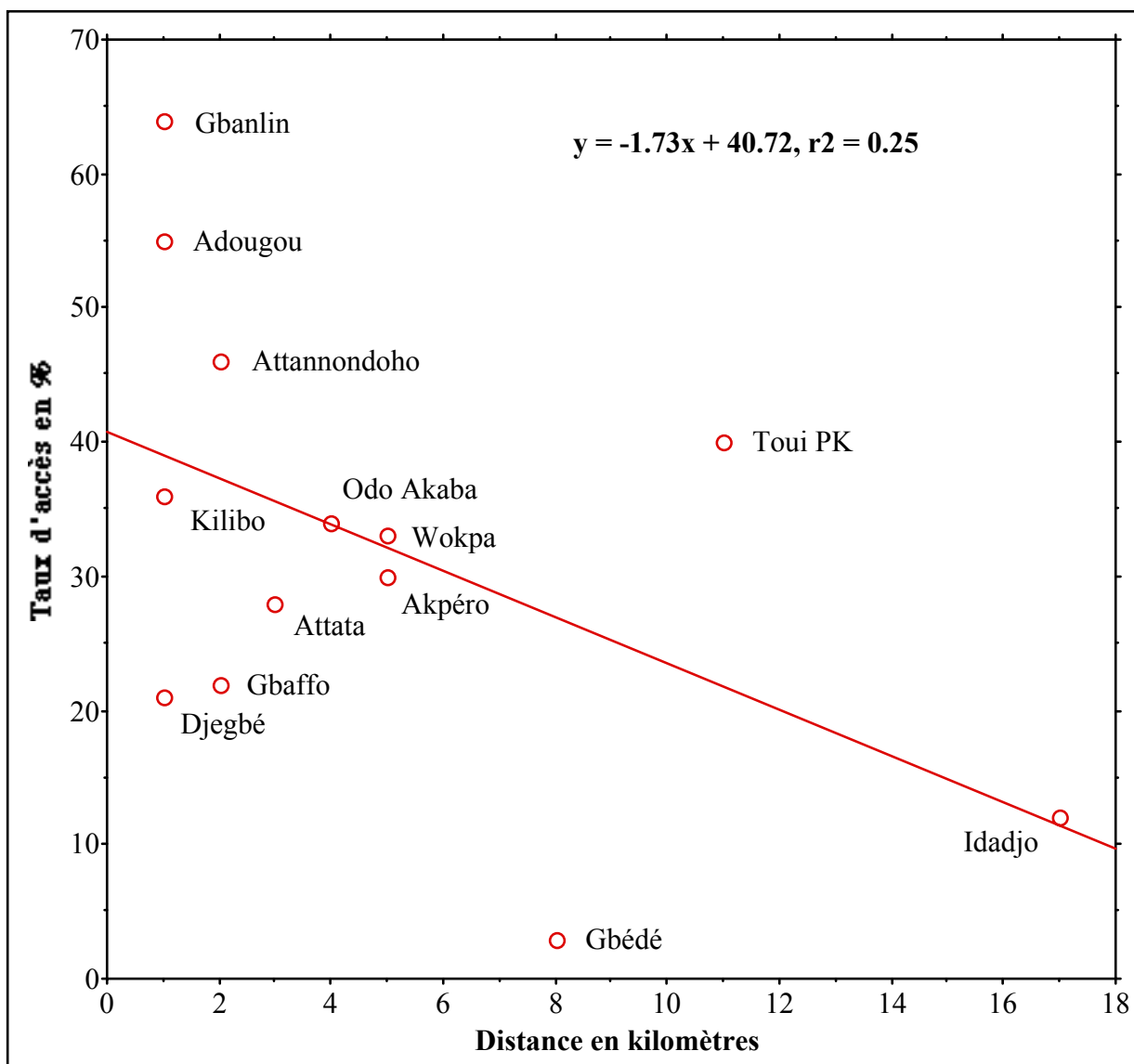


Figure 141 Taux global par village d'accès aux services de santé formels en fonction de la distance au service de santé le plus proche (sources: enquête domiciliaire, 1995).

Le taux global d'accès aux services de santé formels diffère sensiblement selon l'affection considérée (cf. Tableau 168). Il est minimal pour la dysenterie (19,4 %, différence significative) et maximal pour les morsures de serpent (75 %, significatif). Pour certaines affections comme le "rhumatisme" et les maladies sexuellement transmissibles, le taux d'accès est très différent de la

moyenne, mais la différence n'est pas significative vu le nombre très limité de cas. Pour les trois affections ou symptômes les plus courants parmi ceux étudiés ("paludisme femelle", toux avec fièvre et diarrhée), les taux globaux d'accès sont proches de la moyenne. Sans que la différence soit significative, le taux d'accès pour le "paludisme mâle" et l'"attaque", deux affections généralement considérées comme très graves, est sensiblement supérieur à la moyenne.

Tableau 168 Taux d'accès effectif aux soins de santé modernes¹ selon le diagnostic (source: enquête domiciliaire, 1995).

	Tot. épis. finis sans décès	Tot. épis. finis avec recours ext. ²	
	N (1)	N (2)	% (2) / (1)
"Paludisme mâle"	58	23	39.7
"Paludisme femelle"	326	108	33.1
Diarrhée	159	54	34.0
Dysenterie	134	26	19.4
Toux+fièvre	243	69	28.4
"Attaque"	22	10	45.5
Rougeole	5	2	40.0
Manyan	29	10	34.5
Mal. sex. transmis.	3	2	66.7
Rhumatisme	5	1	20.0
Traumatisme	4	1	25.0
Hernie	12	5	41.7
Morsure serpent	12	9	75.0
Total	1012	320	31.6

¹ Sans les secouristes mais avec les privés ayant une formation formelle d'infirmier ou de sage-femme.

² Recours extérieur direct ou après automédication.

N.B. Les villages pour lesquels les données sont en gras se distinguent significativement de l'ensemble des autres villages selon le test du χ^2 ($p \leq 0,05$).

b) Localisation de la population à risque de faible utilisation des services de santé formels

Picheral (1999) relève que si l'identification des facteurs de risque et des populations à risque relève à l'évidence de l'épidémiologie, leur localisation et la délimitation de zones à risque sont bien en revanche l'affaire de la géographie. Nous aimerions précisément prolonger l'identification des facteurs de risque et de la population à risque de sous-utilisation relative des services de santé formels en cas de maladie, en localisant cette dernière. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la géographie générale de la sous-préfecture de Ouessè, présentée en début de cette thèse (cf. partie I, chap. 1b).

Nous avons vu (cf. partie III, chap. 3h et partie IV, chap. 2d) que la population à risque de totale inaction thérapeutique face à la maladie est tout à fait négligeable. Par contre, environ 7 personnes sur 10 se tournent d'abord vers l'automédication plutôt que vers un recours extérieur spécialisé en cas de maladie et seule une petite minorité d'entre elles effectuent ensuite un recours extérieur (les autres n'en éprouvent le plus souvent pas le besoin, se considérant comme

guéris). Du fait de l'efficacité thérapeutique plus élevée des recours extérieurs que de l'automédication, surtout lorsque la gravité perçue des cas est prise en compte (cf. partie V, chap. 3a), nous avons considéré qu'un malade recourant à l'automédication plutôt qu'à un spécialiste de la santé encourt un risque supérieur au regard de la maladie.

A partir des données de l'enquête domiciliaire, nous avons donc défini de manière bivariée puis multivariée les caractéristiques de la population statistiquement associées à ce type de comportements (cf. partie IV, chap. 2). Nous connaissons ainsi le profil de la population à risque à partir de 1'335 cas de maladie identifiés dans treize villages, dont trois non officiels. Connaissant par le recensement national de la population de 1992 la structure démographique et socio-économique des habitants de la sous-préfecture par village officiel (cf. partie I, chap. 1b), nous espérons pouvoir localiser l'ensemble de la population à risque de la sous-préfecture à l'échelle des villages officiels.

Cela s'est avéré moins concluant que prévu parce que les variables décrivant la population à risque recoupent imparfaitement les variables disponibles décrivant l'ensemble des villages de la sous-préfecture et leurs habitants. Cela était en partie prévisible puisqu'une partie des variables décrivant la population générale n'ont pas été documentées pour les malades, en raison de leur faible valeur explicative a priori, et qu'à l'inverse certaines caractéristiques des malades et des maladies ont été recueillies en raison d'hypothèses sur les choix thérapeutiques, alors qu'elles n'étaient pas disponibles pour la population générale. Afin de ne pas limiter dès le départ la capacité des modèles de déterminants à expliquer les comportements thérapeutiques des malades, nous nous sommes en effet refusé à n'y inclure que des variables explicatives également disponibles pour la population générale. Nous pensions toutefois qu'il serait possible de mettre en regard certaines variables ou ensembles de variables, pas forcément identiques pour les deux populations, mais similaires, comme les indices de niveau économique calculés à partir de variables différentes pour les deux populations. Cette possibilité, bien réelle, est cependant restée d'un faible secours puisque plusieurs des variables qui s'y prêtent ne constituent pas des déterminants statistiquement significatifs du choix entre l'automédication et un recours extérieur.

Pour tenter de contrebalancer ces limites, nous utiliserons conjointement toutes les sources d'information permettant de localiser la population à risque de la sous-préfecture:

- les déterminants statistiquement significatifs issus du modèle multivarié synthétique expliquant le choix entre automédication et recours extérieur (régression logistique; cf. partie IV, chap. 2d). Seuls ceux disponibles pour la population générale sont retenus;
- les déterminants statistiquement significatifs mis en évidence par l'analyse bivariée (cf. partie IV, chap. 2d). Seuls ceux disponibles pour la population générale sont retenus;
- le taux d'accès global par village aux services de santé formels. Calculé à partir de l'enquête domiciliaire, cette information n'est disponible que pour treize villages (cf. partie V, chap. 4a);
- le taux d'utilisation global par village officiel¹ de l'ensemble des services de santé formels de la sous-préfecture. Cette information provient de l'exploitation des registres et fichier de santé pour l'année 1994 (cf. partie III, chap. 3f).

Le modèle multivarié synthétique expliquant le choix d'un premier recours comporte treize variables décrivant les malades, leurs ménages et leurs maladies. Seules quatre d'entre elles sont disponibles, à travers le recensement national de la population, pour tous les villages officiels ou leurs habitants: l'appartenance ethnique, l'affiliation religieuse, la desserte régulière du village

¹ Seulement par agglomération pour Djegbé, Kémon et Kilibo.

par les taxis (enquête personnelle) et l'âge de la population. Encore faut-il préciser pour cette dernière variable que les tranches d'âge retenues pour décrire les malades ne sont pas identiques à celles disponibles pour la population. Pour les malades, nous disposons de tranches de 10 ans, alors que pour la population générale les catégories sont: moins d'un an, 1 à 4 ans, 5 à 14 ans, 15 à 44 ans et 45 ans et plus. Mais comme la préférence entre l'automédication et un recours extérieur évolue clairement en fonction de l'âge, on peut retenir comme approximation que l'ensemble des adultes (15 ans et plus) sont plus à risque de se contenter de l'automédication que l'ensemble des enfants.

Cinq déterminants statistiquement significatifs d'un recours préférentiel à l'automédication selon l'analyse bivariée possèdent un équivalent dans les données du recensement de la population: la proportion d'adultes de 45 ans et plus, la proportion de chefs de ménages qui ont toujours habité leur village de domicile actuel, la proportion d'agriculteurs et d'éleveurs, la proportion de chefs de ménages non scolarisés ou scolarisés au plus durant quatre ans, le niveau économique global du ménage et, finalement, un domicile localisé à plus de 2 kilomètres d'un service de santé formel. Trois de ces déterminants ne trouvent pas de correspondants directs dans le recensement de la population. Une approximation de la proportion des chefs de ménages qui n'ont pas changé de domicile est fournie par la proportion de la population née dans la sous-préfecture (la mobilité à l'intérieure de la sous-préfecture est faible). La proportion d'adultes ne sachant ni lire ni écrire en français est utilisée comme une approximation de la proportion des chefs de ménages ayant fréquenté l'école au plus durant quatre ans. Le niveau économique moyen par village a été calculé à partir de huit indicateurs issus du recensement de la population (cf. partie I, chap. 2b). Il s'agit d'une méthode tout à fait différente de celle qui a permis de mettre en évidence l'association entre la nature du premier recours et le niveau économique global du ménage des malades.

Le Tableau 169 fournit la synthèse des informations qui ont permis de dresser la carte des zones à risque de sous-utilisation relative des services de santé, surtout formels, de la sous-préfecture de Ouessè (cf. Figure 142). Il rassemble des données passablement disparates et parfois lacunaires que nous n'avons pas cherché à synthétiser au moyen d'un indice. Toutes ces données n'ont pas systématiquement été utilisées pour chaque village, afin de déterminer son statut: zone à risque ou non. Devant la difficulté de synthétiser ces nombreuses données, parfois contradictoires, nous nous contentons donc de distinguer deux catégories, tout en insistant sur le caractère relatif de la notion de risque, qui n'est jamais nul dans la sous-préfecture de Ouessè. Le taux d'utilisation global des services de santé modernes par village qui concorde généralement bien avec le taux d'accès global aux services de santé formel pour ces mêmes villages, lorsque ce taux est disponible, constituera la donnée de base permettant de délimiter les zones à risque. Les déterminants d'un recours préférentiel à l'automédication permettront, dans une certaine mesure, de nuancer ces données de base. Ils sont en effet d'une utilisation délicate, dans la mesure où l'association entre déterminant et comportement de recherche de soins est souvent faible, bien que toujours significative pour les déterminants retenus. Le recours à l'automédication est partout si massif, que les déterminants distinguent ceux qui recourent souvent à l'automédication de ceux qui y recourent un peu moins, mais toujours majoritairement.

Une autre limite de l'utilisation des déterminants pour définir les zones à risque est qu'ils nous contraignent à changer d'échelle. Les déterminants d'un recours préférentiel à l'automédication que nous avons identifiés l'ont été globalement, pour l'ensemble de la sous-préfecture. Nous nous proposons maintenant d'utiliser cette connaissance globale et de l'appliquer au niveau de chaque village. Or, il est très probable que ce qui vaut à une échelle ne vaut pas à l'autre, du moins pas pour chacun des villages. Ce qui explique par exemple que pour

certaines villages, des déterminants qui devraient être des facteurs de risque, selon le modèle global, sont en fait des facteurs de protection, et inversement.

La zone à risque de sous-utilisation relative d'un service de santé moderne couvre l'essentiel de la sous-préfecture de Ouessè (cf. Figure 142). Mais l'énorme surface de la zone à risque ne doit pas faire illusion: cette zone est largement inhabitée ou très peu densément peuplée. On y trouve tout de même 11 des 23 villages officiels ou agglomérations que compte la sous-préfecture de Ouessè. Mais ils ne rassemblent qu'un petit tiers de la population de la sous-préfecture, soit près de 19'000 personnes en 1995. Cette proportion est identique pour l'Est et l'Ouest, bien que la proportion de localités à risque soit plus petite à l'Ouest (3 sur 8, si l'on ne compte pas Wokpa, village non officiel) qu'à l'Est (8 sur 15). La zone à risque de l'Ouest comprend en effet deux agglomérations (Odougba et Djegbé) et un village de taille moyenne (Idadjo), alors que celle de l'Est regroupe surtout des villages petits à moyens. Seul Toui Gare peut y être considéré comme un gros village.

Tableau 169 Synthèse des principaux déterminants du recours à l'automédication plutôt qu'à un recours extérieur comme premier recours.

	Déterminants préf. AM issus modèle multivarié synthétique (régr. logist.)				Déterminants de la préférence pour l'AM issus de l'analyse bivariée de 1'334 cas								En- quêt e	Re- gis- tres
	Facteurs de risque pour l'automédic.			Fact. prot.	Facteurs de risque pour l'automédication								Accès global	Tx util.
	Adultes	<i>Peul</i>	Pas taxi s	Sectes chrét.	Adultes ≥45 ans	Nés ds SP	Agricul.	Analph. français	Serv. santé	Bas ind.	Ss form.	Ss mod*		
	N %	N %		N %	N %	N %	N %	N %	≥2km	écon	%	%		
Idadjo	483 46.2	0 0.0	1	63 6.0	115 11.0	908 86.6	377 86.7	830 88.7	1	16	11.5	6		
Vossa	753 45.1	0 0.0	0	695 41.7	144 8.6	1231 73.7	671 94.0	1301 89.7	0	10	nd	60		
<i>Wokpa</i>	nd nd	nd nd	1	nd nd	nd nd	nd nd	nd nd	nd nd	1	nd	33.3	nd		
Tosso	223 47.5	0 0.0	0	310 66.2	57 12.2	420 89.6	237 94.4	381 93.2	0	16	nd	110		
Gbanlin	1093 45.9	0 0.0	0	679 28.6	241 10.1	1956 82.6	933 86.5	1748 83.8	0	20	64.1	54		
Odougba	775 45.1	100 5.9	0	553 32.3	169 9.8	1603 93.0	620 87.3	4154 91.2	1	nd	nd	17		
Zogba Trékou	402 47.7	0 0.0	0	282 33.7	107 12.7	772 91.7	433 93.5	683 92.0	1	nd	nd	11		
Tchédjannagnon	231 48.9	0 0.0	0	135 28.6	56 11.9	433 91.7	206 90.7	380 91.6	1	nd	nd	12		
Dokoundoho	265 47.5	0 0.0	0	234 42.0	57 10.2	531 95.2	273 93.2	430 89.0	1	nd	nd	31		
N'gbéhouédo	707 44.4	155 9.7	0	357 22.6	184 11.6	1397 87.8	725 96.0	1278 91.9	1	nd	nd	19		
Aggl. Odougba	2380 45.9	255 4.9	0	1561 30.2	573 11.1	4736 91.3	2257 92.2	1383 90.7	1	16	nd	18		
Djégbé Adjaha	561 46.8	59 4.9	0	190 15.8	162 13.5	1093 91.0	620 94.5	983 94.8	0	nd	nd	nd		
Djégbé Ahoula	271 48.4	0 0.0	0	199 35.5	72 12.9	513 91.6	293 90.2	461 89.5	0	nd	nd	nd		
Djégbé Lokossa	287 47.8	0 0.0	0	125 20.8	89 14.8	549 91.5	296 94.3	500 92.8	0	nd	nd	nd		
Comm. Djégbé	1119 47.4	59 2.5	0	514 21.8	323 13.7	2155 91.3	1209 93.4	1944 93.0	0	12	21.4	13		
Laminou	1381 50.4	20 0.7	0	182 6.6	326 11.9	2321 84.6	1334 90.1	2186 89.8	0	nd	nd	33		
Kpassa	817 53.4	269 17.6	0	147 9.6	211 13.8	1338 87.5	681 85.9	1234 91.2	0	nd	nd	25		
<i>Gbaffo</i>	nd nd	nd nd	0	nd nd	nd nd	nd nd	nd nd	nd nd	0	nd	21.6	nd		
Botti	759 50.5	18 1.2	0	132 8.8	238 15.8	1183 78.7	536 65.9	1150 85.6	0	nd	nd	24		
Gbémé	653 49.8	0 0.0	0	214 16.4	179 13.7	1074 81.8	441 76.2	1006 84.5	0	nd	nd	31		
Attannondoho	292 48.1	0 0.0	0	98 16.1	61 10.0	513 84.5	296 88.1	464 89.1	0	nd	45.9	22		
Ouessè	1296 51.4	27 1.1	0	96 3.8	307 12.2	1724 68.3	649 57.0	9290 83.5	0	nd	nd	79		
Adougou	427 52.3	0 0.0	0	5 0.6	128 15.7	625 77.1	165 43.1	547 74.9	0	nd	54.8	56		
Zogba Gaou	474 52.6	0 0.0	0	72 8.0	125 13.9	559 62.0	341 70.6	647 82.2	0	nd	nd	29		
Lakoko	268 46.6	68 11.8	0	11 1.9	80 13.9	473 82.3	151 52.8	390 77.4	0	nd	nd	41		

Aggl. Ouessè	6367	50.9	402	3.2	0	957	7.7	12500	13.2	9810	78.4	1306	57.0	1666	73.7	0	23	nd	41
Attata	248	51.3	0	0.0	1	3	0.6	76	15.7	382	78.6	211	90.6	313	73.8	1	21	27.6	31
Idouya	365	53.7	2	0.3	1	12	1.7	122	17.9	537	78.3	249	92.9	500	81.8	1	21	nd	12
Challa Ogoï	696	50.6	53	3.9	0	1	0.1	254	18.5	1140	82.8	339	70.2	924	76.2	0	29	nd	20
Botti Houegbo	181	48.1	46	12.4	0	10	2.7	59	15.7	344	91.5	103	91.2	275	82.8	1	15	nd	16
Gbédé	424	52.8	148	19.0	0	9	1.1	127	15.8	672	83.1	272	69.4	594	82.3	1	21	3.0	6
Kokoro	893	55.2	158	9.8	0	78	4.8	180	11.1	921	57.0	420	52.8	1045	74.2	0	21	nd	26
Kombon	420	49.0	223	25.8	0	5	0.6	119	13.9	743	86.0	214	79.0	650	84.9	1	15	nd	18
Yaoui	676	52.8	28	2.2	0	3	0.2	203	15.8	886	69.2	504	86.0	747	66.3	1	19	nd	14
Kilibo Gare	481	50.5	11	1.2	1	57	6.0	84	8.8	326	34.2	388	82.2	753	89.7	1	8	nd	5
Kil. Adjougou	848	52.3	0	0.0	0	88	5.4	276	17.0	1156	71.3	475	62.7	968	67.1	0	nd	nd	nd
Kilibo Olata	1567	52.9	109	3.7	0	26	0.9	447	15.1	2350	79.3	514	51.6	1926	73.0	0	nd	nd	nd
Aggl. Kilibo	2415	52.7	109	2.4	0	114	2.5	4584	15.8	3506	76.5	989	56.4	2894	70.9	0	29	36.4	27

Tableau (suite)

	Déterminants préf. AM issus modèle multivarié synthétique (régr. logist.)				Déterminants de la préférence pour l'AM issus de l'analyse bivariée de 1'334 cas								En- quête	Re- gis- tres					
	Facteurs de risque pour l'automédic.			Fact. prot.	Facteurs de risque pour l'automédication								Accès global	Tx util.					
	Adultes	<i>Peul</i>	Pas taxi s	Sectes chrét.	Adultes ≥45 ans	Nés ds SP	Agricul.	Analph. français	Serv. santé	Bas ind.	Ss form.	Ss mod*							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	≥2km	écon	%	%					
Kémon Ado	299	48.8	0	0.0	0	80	13.1	70	11.4	378	61.6	256	81.0	449	83.1	0	nd	nd	nd
K. Odélakoun	1215	50.2	250	y	0	76	3.1	401	16.6	1950	80.6	946	71.7	1646	76.5	0	nd	nd	nd
Aggl. Kémon	1514	50.0	250	8.2	0	156	5.2	3031	15.5	2328	76.8	1202	73.5	2095	77.9	0	21	nd	45
Akpéro	508	48.9	232	22.4	1	1	0.1	119	11.5	887	85.5	353	82.1	736	80.9	1	18	30.3	13
Toui	1536	51.3	17	0.6	0	73	2.4	422	14.1	2431	81.1	900	77.5	2252	85.8	0	21	nd	51
Toui Gare	1207	49.8	59	2.4	1	53	2.2	256	10.6	907	37.4	941	92.4	1881	89.7	1	5	nd	15
Toui PK	885	50.9	92	5.3	1	18	1.0	130	7.5	717	41.2	597	89.4	1349	89.9	1	6	40	14
Ogoutédo	1054	49.2	128	5.9	0	13	0.6	181	8.4	1405	64.7	580	78.5	1561	83.0	1	15	nd	30
<i>Odo Akaba</i>	nd	nd	nd	nd	0	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	1	nd	34.2	nd

* Tous services de santé modernes de la sous-préfecture en 1994, y c. l'hôpital Saint-Martin de Papané, mais sans UVS et privés de Djegbé et Kilibo (faible activité).

nd = données non disponibles.

NB Les villages en italique ne sont pas des villages officiels. Ils sont placés après leur village de rattachement.

A l'exception de Djegbé, toutes les localités disposant d'un service de santé formel sont exclus de la zone à risque. Les habitants de la zone à risque vivent en moyenne à 6,5 kilomètres du service de santé formel le plus proche, contre 2,3 kilomètres pour les autres. Rappelons que dans les deux cas la distance moyenne réelle est un peu supérieure, car nos calculs considèrent que toute la population est concentrée dans les villages centres, alors qu'une minorité d'habitants, très variable d'un village à l'autre mais inconnue, est dispersée dans des hameaux et fermes. La zone non à risque s'appuie essentiellement sur l'axe Vossa-Ouessè-Kémon-Kilibo-Papané, qui comprend deux hôpitaux et quatre CCS. Le village d'Attata, proche de Ouessè, est aussi inclus dans cette zone, tout comme le village non officiel de Wokpa, à 5 kilomètres d'un CCS. Au sud-est, un petit îlot non à risque est centré sur les deux composantes du CCS local, implantées à Kokoro et Challa Ogoï.

A cause de la présence de campements *peul* permanents, l'aire à risque de sous-utilisation relative des services de santé modernes commence parfois aux portes mêmes d'agglomérations pourtant dotées d'infrastructures sanitaires. C'est notamment le cas à Ouessè et à Kémon. Le village de Toui PK constitue un cas limite. Le taux d'utilisation global des services de santé y est bas, en raison de l'éloignement de tout service de santé, mais, d'autre part, le taux d'accès aux soins modernes y est relativement élevé, à cause notamment du passage d'un infirmier effectuant des consultations privées sur place, à côté de son travail officiel. Bien pratiques pour les malades de Toui PK qui n'avaient pas à parcourir au moins 11 kilomètres pour atteindre un service de santé moderne, ce genre de visites n'offrent cependant pas de garantie de régularité ni de durabilité, d'autant plus qu'elles sont officiellement interdites par l'employeur de cet infirmier. La relative proximité de l'hôpital Saint-Martin permet aussi à ce village d'être plutôt dans la zone non à risque. La réputation de cet établissement permet sans doute à certains besoins de s'exprimer, qui ne le feraient pas en direction d'un CCS ni même d'un CSSP. Le cas de l'agglomération d'Odougba, dans la zone à risque malgré la proximité du CSSP de Ouessè (4 kilomètres), semble l'attester. Cette agglomération constituant à elle seule la commune d'Odougba comptait environ 5'700

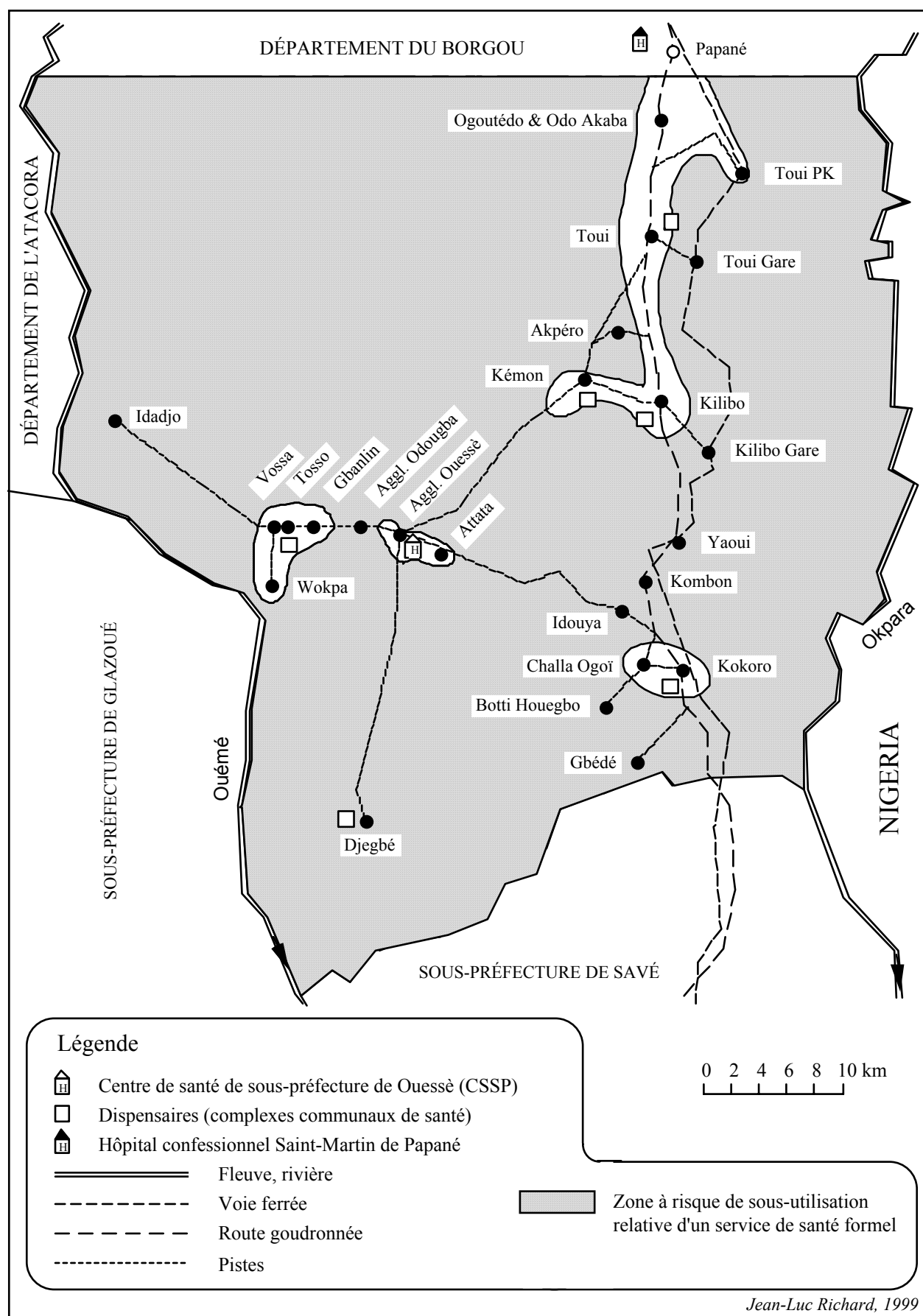


Figure 142

Zone à risque de sous-utilisation relative d'un service de santé formel dans la sous-préfecture de Ouessè.

habitants en 1995. La proximité du CSSP explique pourquoi cette commune ne possède pas de CCS, conformément aux principes de la planification sanitaire béninoise. Au vu de la taille de cette commune et de sa localisation dans la zone à risque de sous-utilisation relative, il serait temps d'y envisager l'installation d'un CCS, éventuellement dans un premier temps sur le modèle de Djegbé et Kémon, c'est-à-dire avec un seul bâtiment abritant le dispensaire et la maternité, desservies par une infirmière cumulant les fonctions de sage-femme et d'infirmier.

**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

1. CONCLUSION

La thèse, au sens premier du terme, que nous avons défendue tout à long de cette recherche est que les faits spatiaux – en particulier la localisation et la distance – ont un impact majeur sur les comportements de recherche de soins d’une population rurale du Moyen-Bénin. De cette thèse centrale découlaient de nombreuses hypothèses (cf. introduction, chap. 3) que nous allons confirmer ou non ci-après. Cette étude a aussi exploré des pistes qui prolongent les hypothèses initiales. Cette conclusion fait donc le bilan des principaux apports de cette recherche, qu’ils soient directement liés ou non aux hypothèses explicitées au départ. Elle débouchera ensuite sur des recommandations visant principalement à augmenter l’accès potentiel et effectif des habitants de la sous-préfecture de Ouessè aux services de santé, publics surtout. Comme la problématique de l’accès aux soins est largement similaire dans le reste du Bénin rural, ces recommandations valent largement pour l’ensemble du Bénin rural, et même au-delà. Mais avant de synthétiser les acquis de cette thèse nous pensons utile de rappeler notre démarche générale.

a) Rappel de la démarche générale

Nous avons d’abord posé la problématique générale de l’étude, défini les principaux concepts utilisés et contextualisé cette problématique au moyen d’une brève description générale du Bénin. Nous avons ensuite montré à travers quelques exemples que la nosologie et l’étiologie des maladies au Bénin sont fort différentes de celles fournies par la biomédecine. La nosologie et l’étiologie locales des maladies jouent sur la nature des recours thérapeutiques, mais cette influence est plus subtile que la simple opposition entre “maladies pour le guérisseur” et “maladies pour l’hôpital”. A cette perception de la maladie qui reste largement “traditionnelle” répond une offre de soins de santé dont la principale caractéristique est le pluralisme, bien que la médecine “moderne” prenne une place de plus en plus considérable. Une typologie et une description de l’ensemble de l’offre de soins au Bénin s’est donc imposée. Nous avons ensuite décrit brièvement les grandes options du système de santé public (soins de santé primaires et Initiative de Bamako), l’accès aux services de ce secteur constituant le point de départ de cette thèse.

L’offre de soins répond à une demande potentielle de soins, qui reste impossible à quantifier pour l’ensemble du Bénin. Les données officielles issues du système de soins formel permettent tout au plus d’estimer grossièrement la nature et l’importance relative des besoins de santé au Bénin. Nous avons insisté sur le fait que ces données de services indiquent plus la santé du système de soins formel que celle de la population. Centrées sur l’activité des services, les données officielles disponibles pour le seul secteur formel permettent d’évaluer la capacité du secteur formel à fournir des prestations préventives et curatives, tout en dégageant une tendance temporelle. Pour les accouchements et les activités préventives (consultations prénatales, consultations post-natales, vaccination et consultations des enfants sains), le niveau d’activité peut même être rapporté à une estimation normative des besoins, puisque le volume des soins à délivrer est directement lié au nombre d’enfants attendus et que ce dernier est approximativement connu. L’analyse à deux échelles (Bénin et département du Zou) et sur quelques années des taux de couverture pour les soins préventifs et curatifs fournit des informations plus utiles pour évaluer l’attractivité et l’accès relatifs des différentes prestations et leur évolution dans le temps que pour estimer la couverture des besoins réels ou perçus. Ces taux de couverture permettront par la suite de situer la sous-préfecture de Ouessè dans un contexte départemental et national.

Les étapes brièvement rappelées jusqu'à présent servent essentiellement à "planter le décor" national d'une analyse plus poussée, menée à l'échelle d'une seule sous-préfecture. La démarche est ici plus complexe, notamment parce qu'elle insiste sur les facteurs spatiaux et tente d'inclure les besoins perçus dans la problématique.

Nous avons tout d'abord éclairé la géographie, surtout humaine, de la sous-préfecture de Ouessè, en insistant sur les facteurs influençant potentiellement le choix d'un recours thérapeutique. Nous considérons cette étape comme indispensable, dans la mesure où la géographie de la santé n'est qu'une application aux faits de santé de la géographie générale. Elle ne saurait donc se focaliser que sur des données a priori sanitaires. Tout fait localisé renfermant un potentiel explicatif relatif à la santé ou au comportement sanitaire d'une population relève de la géographie de la santé. Menée à différentes échelles, cette analyse géographique de la sous-préfecture a surtout porté sur la population et les voies et moyens de communication.

Selon la typologie adoptée pour le niveau national, nous avons ensuite inventorié, localisé et décrit les services de santé de la sous-préfecture de Ouessè, en insistant sur l'accessibilité de cette offre. Seule l'offre formelle de soins a pu faire l'objet d'un inventaire exhaustif. La nature, le volume et l'évolution de l'activité des services des secteurs public puis confessionnel ont ensuite été décrits et analysés, par grande catégorie de prestations (soins curatifs ambulatoires, soins curatifs hospitaliers, consultations prénatales, accouchements etc.). Cette description globale de l'offre de soins à une échelle régionale a été complétée par une analyse détaillée des tarifs pratiqués par chaque service, du coût d'une consultation et celui d'un épisode de maladie. Cette analyse des coûts repose à la fois sur la facturation des prestations et sur les déclarations de malades.

Après cette description de l'offre de soins, nous nous sommes attaché à l'analyse de son utilisation en mettant l'accent sur sa dimension spatiale, et cela aussi bien du point de vue des prestataires de services (espace médical ou aire d'attraction de chaque service) que du point de vue de la population (espace de soins de chaque village). Cette analyse concerne surtout l'offre formelle de soins, soit les secteurs public et confessionnel. Un de ses principaux objectifs consiste à établir la hiérarchie réelle (plutôt qu'officielle ou officieuse) entre l'ensemble des CCS, le CSSP de Ouessè et l'hôpital confessionnel Saint-Martin. Pour ce faire, nous avons cherché à définir la hiérarchie des espaces médicaux, leurs limites, les gradients, les seuils, les zones de recouvrement et les éventuelles zones hors de toute aire d'attraction. De même, nous avons défini l'extension, les discontinuités et la (ou les) polarisation(s) des espaces de soins.

Espaces médicaux et espaces de soins sont étudiés aussi bien globalement pour l'ensemble des patients que spécifiquement pour certaines catégories d'utilisateurs, selon le sexe, l'âge et les principaux diagnostics. Cette analyse est de plus menée à deux échelles: pour chacun des villages officiels ou agglomération de la sous-préfecture et pour chacun des villages officiels constituant deux des principales agglomérations de la sous-préfecture. Cette seconde échelle a été retenue pour mettre en évidence l'éventuel impact sur le niveau d'attraction de très faibles différences de distance au service de santé le plus proche. L'évolution des espaces médicaux et de soins sur trois ans (1992 - 1994) a également été étudiée.

Dans le cadre de cette analyse, nous avons encore insisté sur la diminution de l'interaction entre un service et la population, à mesure que la distance les séparant croît (friction de la distance). Celle-ci a été examinée en distinguant, d'une part, le type de services recherchés et, d'autre part, certaines caractéristiques des patients (sexe, âge, diagnostic, soins ambulatoires et soins hospitaliers). Les distances moyennes effectivement parcourues pour atteindre les différents types de services ont également été calculées, globalement, par sexe, âge et diagnostic. D'une manière moins détaillée, la même démarche a été adoptée pour les soins hospitaliers et les activités de prévention liées à la SMI.

Bien qu'utile pour apprécier le fonctionnement et l'attractivité relative des services de santé, l'approche décrite ci-dessus souffre d'une limite majeure: elle ne tient pas compte du niveau des besoins ressentis par la population. Autrement dit, les données issues des services formels ne disent rien de la proportion des besoins ressentis pris en charge par eux ni sur ce qu'il advient des autres cas. Une enquête directement auprès de la population a dès lors été nécessaire, dans le but de:

- dresser le volume des besoins à un moment donné pour certains problèmes de santé prédéfinis (prévalence mensuelle perçue);
- décrire et analyser, en insistant sur la localisation des malades et de l'offre de soins ainsi que sur sa nature, les comportements de recherche de soins, à travers l'étude des itinéraires thérapeutiques;
- établir les déterminants des comportements de recherche de soins de santé, y compris ceux relatifs à l'accessibilité, afin de définir les groupes à risque de non utilisation ou de sous-utilisation relative d'un thérapeute spécialisé (par opposition à l'automédication).

La prévalence mensuelle de morbidité perçue a été complétée par deux autres indicateurs de morbidité et de mortalité perçue afin de fournir une image plus globale de l'état de santé de la population et des inégalités spatiales de ce dernier.

Quelles sont, au niveau du discours, les réactions de la population confrontée à des besoins de santé, ses attentes, les moyens dont elle dispose pour prévenir la maladie et recouvrer la santé? Il se dégage de l'analyse de ces discours une grande attente envers les services de santé, publics essentiellement. Dès lors, il convient de s'interroger sur l'inégale capacité des services de santé à répondre à cette attente.

A travers une mesure globale de l'accès par village, nous avons ensuite confronté, d'une manière pas complètement aboutie, cette demande potentielle de soins à la consommation médicale dans les services de santé modernes. Cette analyse montrait d'une part que seule une fraction des besoins perçus étaient satisfaits au moyen des services de santé modernes et que, d'autre part, il existait d'énormes disparités entre les villages dans l'accès effectif aux services de santé modernes. En nous appuyant sur ces données, sur les taux d'utilisation des différents services de santé formels et sur la géographie de certains déterminants du recours aux soins, nous avons finalement identifié et localisé des zones à risque de faible recours aux soins formels.

b) Synthèse des principaux résultats

Cette thèse a permis de répondre aux nombreuses hypothèses générales de départ explicitées dans l'introduction, ainsi qu'à des hypothèses plus spécifiques posées tout au long de la thèse. Cette dernière comporte aussi une information abondante relative à l'offre de soins de santé et à son utilisation, qui n'a pas fait l'objet d'hypothèses explicites. Il s'agit par exemple des données sur le coût des soins, qui permettent de cerner plus précisément l'offre de soins et donc de mieux expliquer les choix thérapeutiques. Elles permettent également d'éclairer l'impact de différentes stratégies de soins sur la consommation médicale globale et par groupe d'utilisateurs. Nous allons dresser ci-dessous le bilan des principaux apports de cette recherche, sans toujours nous en tenir à la chronologie de l'exposé dans le corps du texte.

Le point de départ de cette recherche était le constat d'une faible utilisation des services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè au début des années 1990, et cela malgré une amélioration importante de l'offre: construction et rénovation d'infrastructures sanitaires, dotation suffisante en personnel et approvisionnement régulier en médicaments essentiels. Il

s'agissait dès lors de savoir pourquoi la demande de soins auprès du secteur public restait si faible, en particulier dans la sous-préfecture de Ouessè, alors que les besoins potentiels paraissaient importants. Cette question nous a amené, en utilisant le concept d'accès, à considérer l'ensemble de l'offre de soins disponible dans la sous-préfecture et sur ses marges, ainsi que le profil de leurs utilisateurs et les modalités de cette utilisation. La synthèse des principaux résultats de cette thèse s'articulera autour de cette question de départ. De plus, parmi les cinq dimensions de l'accès définies dans l'introduction, nous avons tout particulièrement privilégié l'accessibilité (géographique). La question de l'impact sur les comportements de recherche de soins de la localisation et de la distance entre services de santé et utilisateurs potentiels charpentera donc aussi une partie de l'exposé des résultats. Se dessine alors une géographie des soins particulière, dont l'opposition entre deux moitiés de la sous-préfecture constitue le fait saillant. Nous ferons aussi ressortir cette géographie des soins, qui recoupe en partie la géographie générale de la sous-préfecture de Ouessè.

Point de départ de cette thèse, la très faible demande envers les services de santé formels au début des années 1990 constitue une réalité. Nous avons pu la confirmer aussi bien à l'échelle du Bénin, du département du Zou que de la sous-préfecture de Ouessè. Cette demande anémiée s'observe surtout pour les soins curatifs. En 1990, le taux d'utilisation des services de santé formels (essentiellement les secteurs public et confessionnel) est de seulement 12 % pour le Bénin et de presque autant pour le département du Zou. Ce taux double en 1993. A cette date, le taux d'utilisation des services publics de la sous-préfecture de Ouessè n'est que de 16 %. Il augmente fortement en 1994, tout en restant très modeste en valeur absolue (26 %).

Ces taux d'utilisation sous-évaluent et surévaluent tout à la fois le taux de recours réel aux soins. Ils ne tiennent en effet pas compte du recours au secteur moderne informel, ni a fortiori aux guérisseurs, devins et églises thérapeutiques. Par contre, le même nouveau consultant peut être enregistré dans un service public autant de fois qu'il a de diagnostics différents.

En forte croissance depuis quelques années, les taux d'utilisation des services de santé formels pour les principales activités de soins maternels et infantiles sont, au début des années 1990, supérieurs à ceux des soins curatifs¹.

En 1993, 7 Béninoises enceintes sur 10 et 8 femmes enceintes sur 10 du Zou et de la sous-préfecture de Ouessè ont effectué au moins une consultation prénatale (en moyenne 3,3 pour le Bénin). La même année, la moitié des accouchements au Bénin sont assistés par un agent de santé et près des deux tiers de ceux du Zou et de la sous-préfecture de Ouessè. La couverture pour les consultations post-natales (au moins une consultation) est alors d'un quart pour le Bénin, d'un tiers pour le Zou et d'un quart pour la sous-préfecture de Ouessè. Contrairement aux autres activités de SMI, cette couverture n'a guère augmenté les années précédentes. La couverture pour la consultation des enfants de 0 à 11 mois (au moins une visite) est en 1993 de deux cinquièmes pour le Bénin, de moitié pour le Zou et d'un tiers pour la sous-préfecture de Ouessè. Plus de la moitié des enfants de moins d'un an du Bénin et du Zou sont entièrement vaccinés, contre deux tiers dans la sous-préfecture de Ouessè en 1994. La couverture antitétanique des femmes enceintes de 15 à 44 ans du Bénin et du Zou n'atteint pas un cinquième pour le VAT 3 en 1993, mais approche des trois cinquièmes dans la sous-préfecture de Ouessè en 1994. La couverture pour les consultations des enfants sains de 12 à 35 mois reste partout insignifiante.

¹ Mais ces deux catégories d'activités ne sont pas directement comparables, puisque dans le premier cas le dénominateur est une population-cible spécifique (les femmes qui ont accouché ou les nouveau-nés) pour laquelle les besoins sont clairement définis (couverture de 100 % = couverture totale), alors que dans le second cas le dénominateur est la population générale, dont les besoins restent inconnus (couverture de 100 % ≠ couverture totale).

La très faible demande de soins curatifs auprès des services de santé formels, quelle que soit l'échelle considérée, signifierait-elle que les besoins sont très limités? Il n'en est rien. Différentes données sur la mortalité et la morbidité prouvent en effet le contraire. Au début des années 1990, le taux brut de mortalité est de presque 16 ‰ pour le Bénin, le taux de mortalité infantile d'environ 100 ‰ et le taux de mortalité maternelle de 10 ‰. Selon notre enquête, le taux brut de mortalité est de 30 ‰ en 1994 dans la sous-préfecture de Ouessè, alors que le taux de mortalité infantile y est de 87 ‰. La prévalence mensuelle (janvier 1995) perçue de treize affections ou catégories d'affections parmi les plus fréquentes et les plus graves y est de 248 ‰. La prévalence décrit une courbe en "U" selon l'âge. Elle est supérieure pour les hommes.

La prévalence mensuelle déclarée de ces treize catégories d'affections est maximale pour le paludisme, suivi par la toux avec fièvre, la diarrhée et la dysenterie. Pour les adultes, le paludisme, la fièvre avec toux, la dysenterie et la diarrhée occupent les quatre premiers rangs. Pour les enfants, les quatre premières affections sont la toux avec fièvre, le paludisme, la diarrhée et le *manyen* (candidose digestive). Plus généralement, nos interlocuteurs ont déclaré (question ouverte) que les principales causes de morbidité des adultes du ménage sont, par ordre décroissant, le paludisme, puis loin derrière les maux de ventre, les maux de tête, la toux et les maux de reins. Pour leurs enfants, les maladies les plus fréquentes sont le paludisme, la toux, l'"attaque" (neuropaludisme et/ou tétanos néonatal), la fièvre, les maux de ventre, les maux de tête et la diarrhée.

Les besoins en soins de santé sont donc importants. Mais ils s'expriment peu en direction du secteur public et même de l'ensemble des services de santé modernes. En 1994, le taux d'utilisation de l'ensemble des services de santé modernes de la sous-préfecture de Ouessè n'est en effet que de 31 % (sans les UVS et certains privés, dont l'activité est globalement marginale, mais y compris l'hôpital Saint-Martin de Papané pour les patients provenant de la sous-préfecture). Est-ce à dire qu'une part importante des besoins restent totalement inassouvis?

Ce n'est pas le cas. L'analyse des itinéraires thérapeutiques associés à 1'334 cas de maladie a montré que seulement 3 % des malades n'ont rien entrepris pour se soigner. Cette faible proportion inclut en outre des malades qui se sont soignés après le passage des enquêteurs et des malades chroniques, qui avaient déjà renoncé à tout traitement. La proportion de personnes n'entretenant absolument rien face à la maladie est donc insignifiante. Rappelons toutefois que nous avons principalement étudié des maladies aiguës d'une certaine gravité. L'absence de tout traitement a explicitement été motivée surtout par le peu de gravité de la maladie, le manque d'argent et le caractère incurable de la maladie.

Nous avons, dans l'introduction, posé comme hypothèse l'existence de nombreux facteurs ou "déterminants" associés aux choix thérapeutiques. Ils caractérisent le malade, son ménage, sa maladie et l'offre de soins. Il existe effectivement plusieurs facteurs significativement associés au choix entre l'inaction thérapeutique et toute autre forme de recours. Les malades qui sont proportionnellement plus souvent restés inactifs sont:

- des femmes;
- des adultes, et parmi eux les plus âgés;
- des *Peul*;
- des membres de petits ménages;
- des membres de ménages dont le chef est fonctionnaire;
- des membres de ménages dont la première épouse du chef est ménagère sans activité extérieure;
- des personnes ne disposant pas d'une réserve de médicaments modernes à domicile;

- des personnes habitant près d'un service de santé formel;
- des personnes d'un niveau économique moyen (pondéré par la taille du ménage);
- des personnes peu ou pas gravement malades;
- des personnes souffrant de “paludisme femelle” (paludisme). L'inaction thérapeutique est par contre proportionnellement plus rare en cas de diarrhée et de hernie.

En cas de maladie, les recours extérieurs formels sont rares et l'inaction thérapeutique plus encore. Que fait alors l'immense majorité des malades? Le pluralisme médical constitue une des caractéristiques essentielles de l'offre en soins de santé au Bénin. L'analyse du recours aux soins doit donc impérativement en tenir compte. On découvre alors que l'automédication constitue presque 70 % des actions thérapeutiques en première intention et qu'une partie des 27 % de recours extérieurs directs est assurée par des services informels.

Une typologie du système de soins béninois – terme abusif tant les différentes composantes sont peu intégrées – distingue premièrement les services formels des services informels. Les premiers se subdivisent en un secteur public, un secteur confessionnel et un secteur privé. Chacun de ces secteurs comporte plusieurs niveaux hiérarchiques, mais selon une structuration souvent floue. Les services informels se subdivisent quant à eux en un secteur moderne, ici encore avec plusieurs niveaux hiérarchiques de fait, et un secteur traditionnel. Le secteur informel moderne inclut des médecins, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, secouristes et autres agents de santé autoproclamés, sans oublier les pharmacies, les dépôts pharmaceutiques et les vendeurs de médicaments sur les marchés ou au porte-à-porte. Le secteur informel traditionnel rassemble les guérisseurs, les devins et les herboristes. Il existe encore un secteur, que l'on pourrait appeler néotraditionnel, regroupant les églises thérapeutiques. L'automédication comporte elle aussi une composante moderne, traditionnelle ou mixte, selon le type de remèdes utilisés.

A l'exception des services de santé formels privés, des pharmacies, des herboristes et de certains niveaux hiérarchiques pour les services modernes, tous les types de services énumérés ci-dessus sont présents dans la sous-préfecture de Ouessè. Cette pluralité de l'offre et le nombre d'acteurs relativement élevé qu'elle implique sont à relever, dans un contexte aussi rural que celui de cette sous-préfecture éloignée de tout centre urbain. Notre hypothèse relative à l'existence d'une offre de soins diversifiée parmi laquelle le malade doit choisir est donc vérifiée pour la sous-préfecture de Ouessè. Avec 2,6 fois plus d'automédication que de recours extérieurs en première intention, l'hypothèse d'une place prépondérante de l'automédication dans la prise en charge de la maladie est elle aussi largement vérifiée. Par contre, l'hypothèse d'un recours à un spécialiste de la santé n'intervenant le plus souvent qu'après l'échec de l'automédication n'est pas vérifiée, puisqu'il y a eu 4,3 fois plus de recours extérieurs directs que de premier recours extérieurs consécutifs à l'automédication.

Dans la sous-préfecture de Ouessè, le recours aux médicaments modernes en cas d'automédication est légèrement prépondérant. Sur 10 cas d'automédication, 4 ne font appel qu'à des médicaments modernes, 3 à des remèdes traditionnels uniquement et 3 à la fois aux uns et aux autres, le plus souvent en commençant d'abord par les remèdes traditionnels, plus rarement par les médicaments modernes et exceptionnellement par les deux types de remèdes simultanément.

Pourquoi les malades ont-ils si massivement utilisé l'automédication en première intention, plutôt que de s'adresser à un spécialiste de la santé? La question est d'autant plus pertinente qu'à la question “que faudrait-il faire ou avoir pour améliorer la santé de votre ménage ou pour l'aider à se soigner?” une majorité de réponses renvoient aux services de santé publics, soit pour en demander – dans les villages qui en sont dépourvus –, soit pour augmenter

leur efficacité – dans les villages dotés de tels services. Bien que l'efficacité thérapeutique des services publics soit souvent jugée insuffisante, ce qui constitue indéniablement un frein à leur utilisation, nous retenons de ces réponses que la présence de services de santé modernes, en particulier ceux du secteur public, est considérée comme un important atout pour maintenir et rétablir la santé de la population.

Lors de l'enquête sur les itinéraires thérapeutiques, les malades ou leurs proches ont dû motiver le choix du premier recours. La plupart des motifs d'automédication peuvent être regroupés sous deux thèmes:

- une forte volonté d'utiliser les compétences thérapeutiques profanes, lorsque l'on connaît des remèdes efficaces pour les maladies en question ("il faut d'abord lutter"). On peut encore associer à ce thème la facilité à se procurer ces remèdes et le peu de gravité de certains cas;
- le manque d'argent et la gratuité ou le faible coût des remèdes utilisés en automédication.

Il est à noter que les références à l'inaccessibilité des services de santé modernes et à leur inefficacité pour les maladies en question restent marginales. Ces réponses, entre autres, nous interdisent de conclure, à l'instar de Diesfeld, Kiniffo, Alihonou [*et al.*] (1988) pour deux autres sous-préfectures du Bénin, que "ce sont surtout les caractéristiques des services et non celles de la population qui empêchent la consultation des services". Une amélioration de l'efficacité thérapeutique des services de santé, de leur accessibilité et de l'accueil, augmenterait à coup sûr leur fréquentation. Nous ne pensons toutefois pas qu'elle conduirait à un effondrement de l'automédication. Les services de santé sont encore loin d'être considérés comme les lieux exclusifs, voire les plus appropriés, pour traiter la maladie. S'ils sont généralement fort appréciés de la population, leur rôle curatif commence habituellement lorsque les compétences profanes du ménage et de son entourage sont "dépassées", ce qui n'implique d'ailleurs pas toujours un début de traitement par automédication.

Quelles sont les caractéristiques du malade, de son ménage et de sa maladie qui sont significativement associées au choix en première intention de l'automédication plutôt que de l'inaction thérapeutique ou d'un recours extérieur? L'automédication a proportionnellement été plus souvent utilisée par:

- les adultes, et parmi eux particulièrement ceux de moins de 60 ans;
- les ménages dont le chef est âgé;
- les *Nagot* et les membres des "autres ethnies";
- les personnes sans religion, les catholiques ou les protestants;
- les ménages établis depuis plus de 10 ans dans la sous-préfecture;
- les ménages dont le chef est agriculteur;
- les ménages disposant de remèdes traditionnels ou de médicaments modernes à la maison;
- les ménages n'ayant jamais visité plus d'un seul type de services de santé formels par le passé;
- les ménages ayant visité un guérisseur et/ou un devin par le passé;
- les ménages n'ayant jamais consulté une église thérapeutique;
- les malades habitant à plus de 2 kilomètres d'un service de santé formel;
- les ménages ne disposant pas d'une voiture;

- les malades habitant un village non desservi régulièrement par les taxis;
- les ménages d'un bas niveau économique global¹;
- les malades dont la gravité du cas est perçue comme faible;
- les malades souffrant de dysenterie;
- les malades commençant à se soigner dès le premier jour de l'apparition des symptômes.

Les motifs explicites de choix d'un recours extérieur plutôt que de l'automédication confirment ce qui a été dit plus haut à propos du choix de l'automédication: les recours extérieurs sont surtout considérés comme une alternative aux compétences curatives profanes lorsqu'on se sent "dépassé". Environ trois quarts des décisions de s'adresser à un spécialiste de la santé reposent sur la perception du cas de maladie comme grave et/ou de l'impossibilité de le traiter avec les moyens et connaissances disponibles au sein du ménage. Ce serait donc essentiellement les caractéristiques de la maladie qui, selon les utilisateurs de recours extérieurs, détermineraient le choix de cette option thérapeutique.

Cependant, l'analyse des déterminants du choix de la première action thérapeutique montre que d'autres facteurs, caractérisant le malade et son ménage, sont aussi significativement associés au choix d'un recours extérieur plutôt que de l'automédication ou de l'inaction thérapeutique. En effet, seuls les malades capables d'atteindre les services de santé ont pu affirmer que les caractéristiques de la maladie les ont poussés à consulter. L'analyse de ces patients montre qu'ils présentent un profil particulier, largement symétrique à celui des malades ayant recouru à l'automédication, puisque l'inaction thérapeutique est presque inexistante. Nous ne reviendrons donc pas sur les facteurs significativement associés à un recours extérieur direct, si ce n'est pour en mentionner quelques-uns non déductibles des facteurs associés à l'automédication.

En première intention, les services de santé tous types confondus sont proportionnellement plus utilisés par:

- les enfants, tout particulièrement ceux de moins d'un an;
- les *Mahi* et les personnes originaires de l'Atacora;
- les adeptes des sectes chrétiennes d'origine occidentale ou africaine;
- les ménages dont le chef est un artisan;
- les ménages dont le chef a été scolarisé durant plus de quatre années;
- les ménages ne possédant pas de remèdes traditionnels à la maison;
- les ménages ayant par le passé visité un infirmier ou un secouriste privés en cabinet ou itinérants;
- des personnes souffrant de l'"attaque" et de morsure de serpent.

Une analyse multivariée au moyen de régressions logistiques a permis de mieux cerner la population à risque de commencer à se soigner par automédication plutôt que de recourir directement à un spécialiste de la santé, tous types confondus, mais dans les faits généralement du secteur formel. Le modèle final retient aussi bien des facteurs de prédisposition que des facteurs de réalisation et de besoins (mais aucun facteurs relatifs à l'offre, qui n'ont pas été inclus dans l'analyse statistique des déterminants). Les facteurs de risque sont un âge de 30 à 59 ans, une appartenance ethnique *peul*, l'absence de toute affiliation religieuse, l'appartenance à un ménage dont la première épouse du chef est âgée de 30 à 59 ans, l'appartenance à un ménage

¹ D'une manière générale, les facteurs économiques différencient relativement peu les choix thérapeutiques. Il se peut que la période de l'enquête (janvier), coïncidant avec la période où l'argent est le plus abondant, contribue à ce faible impact.

dont les garçons scolarisables vont tous à l'école et dont les filles scolarisables ne vont pas toutes à l'école, la disponibilité au sein du ménage d'une réserve de médicaments modernes, l'appartenance à un ménage qui n'a jamais par le passé recouru aux services d'un "infirmier" itinérant, l'appartenance à un ménage qui a déjà recouru par le passé aux services d'un devin, la résidence dans un village non desservi régulièrement par les taxis, l'absence de voiture au sein du ménage, un diagnostic de dysenterie ou du *manyen* (candidose digestive) et le peu de gravité perçue de la maladie.

Au vu de l'assez bonne efficacité thérapeutique de l'automédication, la vraie population à risque au regard de la prise en charge de la maladie n'est pas tellement celle qui commence à se soigner par automédication, plutôt que de recourir directement à un service de santé, que celle qui, après une longue période d'automédication plus ou moins infructueuse, ne consulte pas. Quel est le portrait robot de cette population? Il s'agit d'un *Peul*; moyennement riche, son ménage possède rarement des remèdes traditionnels et/ou modernes à la maison. Il souffre de toux accompagnée de fièvre et invoque le manque d'argent pour expliquer son choix de l'automédication plutôt que d'un recours extérieur. Si celle-ci ne l'a pas guéri, au moins a-t-elle presque toujours apporté une amélioration à son état de santé. En effet, seul un malade sur dix n'entreprend plus rien pour se soigner, après un premier traitement qui s'est révélé totalement inefficace. Par contre, si ce premier traitement a apporté une amélioration, seul un malade sur cinq entreprendra encore quelque chose. Cette double conclusion reste valable, que la première action thérapeutique soit l'automédication ou un recours extérieur.

Le portrait robot du malade qui commence son itinéraire thérapeutique par l'automédication, mais qui passe ensuite assez rapidement à un recours extérieur (dans les six jours après le début de la maladie) si elle n'a pas apporté la guérison, est très différent. Il s'agit d'un malade relevant d'un chef de ménage artisan bénéficiant d'un niveau économique supérieur à la moyenne. Ce ménage conserve fréquemment des remèdes traditionnels et/ou modernes à la maison. Le malade souffre du "paludisme femelle" ou de diarrhées et a choisi l'automédication comme premier recours car "il faut d'abord lutter". Ce premier traitement a été totalement inefficace dans la moitié des cas.

En nous appuyant sur de nombreuses données (profils univariés et multivariés des malades commençant leur itinéraire thérapeutique par l'automédication, accès global aux recours extérieurs modernes, taux d'utilisation global par localité des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè en 1994 et recensement national de la population de 1992), nous avons tenté de localiser la population particulièrement à risque de recourir à l'automédication plutôt qu'aux services extérieurs, essentiellement formels dans les faits. Cette identification assez grossière des zones à risque ne doit pas faire perdre de vue que partout l'automédication constitue le premier réflexe face à la maladie.

En raison de l'importance que revêt l'accessibilité des services de santé formels dans la définition de ces zones à risque et de la très faible densité de population de larges portions de la sous-préfecture, il est plus facile de localiser les zones à risque par la négative: toute la sous-préfecture de Ouessè est zone à risque, à l'exception de quelques localités situées à proximité d'un service de santé formel. Avec leurs abords immédiats et les couloirs les reliant, le long des principales voies de communication, ces petits groupes de localités hors zones à risque sont chacun centrés sur un à quatre services de santé. Il s'agit de:

- Ogoutédo/Odo Akaba, Toui PK, Toui, Kilibo et Kémon, au nord-est de la sous-préfecture, autour de l'hôpital Saint-Martin de Papané et des CCS de Toui, Kilibo et Kémon;
- Kokoro et Challa Ogoï, au sud-est de la sous-préfecture, autour du CCS de Challa Ogoï, qui a une composante dans chacun de ces villages;

- l’agglomération de Ouessè et Attata, au centre (ouest) de la sous-préfecture, autour du CSSP de Ouessè;
- Gbanlin, Tosso et Vossa, y compris le village de colonisation agricole de Wokpa dépendant de ce dernier, à l’ouest de la sous-préfecture, autour du CCS de Gbanlin, qui a une composante à Gbanlin et l’autre à Tosso.

La petite agglomération de Djegbé est la seule localité disposant d’un service de santé formel incluse dans la zone à risque. A cause des campements *peul* dont les habitants constituent une population à haut risque, la zone à risque commence parfois aux portes de certaines localités dotées d’un service de santé formel, comme Ouessè et Kémon. Les habitants de la zone à risque vivent en moyenne à 6,5 kilomètres du service de santé formel le plus proche, contre 2,3 kilomètres pour les autres.

La proportion des malades qui, selon l’enquête domiciliaire, ont utilisé un service de santé formel (ou un infirmier privé diplômé) à un moment ou à un autre de leur épisode de maladie peut être considérée comme une mesure globale de l’accès aux soins formels. En moyenne, cette proportion est assez faible – un petit tiers –, mais avec d’énormes variations intervillageoises (d’un accès quasi nul à un accès de deux-tiers).

Le faible recours aux services de santé résulte donc à la fois d’un sentiment de maîtrise de la maladie – du moins des cas les plus courants – fondée sur une longue expérience de la maladie et sur la transmission d’un savoir médical profane, et d’un ensemble de barrières limitant l’accès aux services. Ces dernières sont le fruit de l’interaction entre les caractéristiques du malade et celles des services de santé. Parmi les barrières à l’accès, nous aimerions revenir plus longuement sur l’efficacité thérapeutique, les coûts et l’accessibilité.

La perception de l’efficacité thérapeutique de chaque type de services constitue un déterminant du choix d’un recours thérapeutique. Nous avons mesuré le plus objectivement possible cette efficacité à partir du résultat perçu du traitement. Comme il s’agit d’une perception *a posteriori*, elle ne saurait influencer directement le choix d’un traitement. Par contre, ces multiples expériences concrètes d’utilisation de différents types de ressources sanitaires contribuent à forger l’image globale de l’efficacité de chacune d’elles.

Les recours extérieurs débouchent un peu plus souvent sur une guérison totale (au moment du passage des enquêteurs) que l’automédication. En termes de guérison, l’utilisation conjointe ou successive de remèdes traditionnels et modernes en automédication est plus efficace que celle de médicaments modernes uniquement, elle-même plus efficace que le recours aux seuls remèdes traditionnels. En cas de recours extérieur, la consultation de l’hôpital Saint-Martin est un peu plus efficace que celle des services de santé publics de la sous-préfecture, eux-mêmes plus efficaces que les privés et les secouristes.

Lorsque l’on contrôle l’efficacité des recours par la gravité perçue des cas de maladie, les recours extérieurs se montrent nettement plus efficaces que l’automédication pour les cas très graves. L’efficacité comparée des trois types d’automédication suit alors la tendance décrite ci-dessus, mais les écarts d’efficacité sont d’autant plus importants que le cas est considéré comme grave. Pour les cas jugés très graves, le recours à l’hôpital Saint-Martin a débouché sur le taux de guérison le plus élevé, suivi par le CSSP de Ouessè puis par les CCS.

Ces conclusions plaideraient en soi pour un recours préférentiel à un spécialiste de la santé et, parmi eux, à ceux d’un haut niveau hiérarchique. Toutefois, le supplément d’efficacité thérapeutique ainsi procuré reste modéré et il est souvent contrebalancé par un moins bon accès. Cela est particulièrement vrai pour l’automédication, bon marché et très accessible par rapport à un recours extérieur. Le rapport coût/bénéfice n’est donc pas forcément à l’avantage du recours à un spécialiste, même si l’expérience démontre qu’il est généralement un peu plus efficace. De

plus, si la guérison est un peu moins fréquente avec l'automédication, elle est aussi plus rapide (6,3 jours contre 8,3 jours avec un recours extérieur). Cette différence de rapidité est toutefois à relativiser, dans la mesure où les recours extérieurs sont proportionnellement plus souvent utilisés lorsque les cas sont considérés comme graves.

Remarquons tout de même que, si l'efficacité de l'automédication fait bonne figure comparée à celle des recours extérieurs, c'est peut-être aussi en partie parce que les ménages l'ont essentiellement pratiquée quand ils pensaient connaître la maladie et pouvoir la maîtriser. N'oublions pas que la principale cause avouée des recours extérieurs était précisément les limites des compétences thérapeutiques familiales. Si les cas confiés à un spécialiste avaient dû être traités par automédication, l'efficacité moyenne de cette dernière aurait diminué.

Une autre barrière importante à l'accès est le coût d'utilisation des services de santé. Beaucoup de malades ont dit avoir choisi l'automédication plutôt qu'un recours extérieur en raison de son faible coût. Qu'en est-il de la différence de coût réel entre l'une et l'autre, au début de l'année 1995? Pour un épisode achevé de maladie, l'automédication en première intention a coûté en moyenne 444 FCFA (médiane: 200 FCFA). Ce coût est très sensible au type de remèdes utilisés: 42 FCFA pour les remèdes traditionnels employés seuls, 503 FCFA pour les médicaments modernes seuls et 722 FCFA pour les traitements associant remèdes traditionnels et modernes. Le coût moyen de toutes les visites à un recours extérieur en première intention est de 3'750 FCFA (médiane: 1'725 FCFA), dont 3'368 FCFA pour les soins et 382 FCFA pour le transport. En première intention, l'automédication revient donc en moyenne 8,4 fois moins cher qu'un recours extérieur, tous types confondus et y compris les éventuelles hospitalisations. Il y a là une puissante incitation à commencer par l'automédication. Et cela d'autant plus que le coût moyen d'un recours extérieur sera ensuite inférieur, s'il reste nécessaire après l'automédication (2'946 FCFA contre 3'750 FCFA pour un recours extérieur direct).

On a de plus observé une association, pas très forte il est vrai, entre le niveau économique des ménages et leurs premiers choix thérapeutiques. Il convient toutefois de la relativiser, dans la mesure où les ménages les plus riches tendent précisément à habiter dans des localités pourvues d'un service de santé formel. Le niveau économique des ménages ne ressort d'ailleurs pas de l'analyse multivariée des déterminants des choix thérapeutiques. D'une manière générale, les ménages les plus riches disposent plus souvent de véhicules motorisés, tout en bénéficiant plus souvent d'une desserte régulière par les taxis. Or ils en ont peu besoin puisqu'ils habitent généralement de petits centres locaux dotés d'un service de santé formel. A l'inverse, les petits villages isolés non desservis pas les taxis n'ont pas de service, alors que leurs habitants sont en moyenne moins riches et disposent rarement de véhicules motorisés. L'accessibilité géographique et l'accessibilité économique tendent donc à varier conjointement dans l'espace.

L'accessibilité et tout particulièrement la disponibilité locale d'un service de santé formel local joue un rôle important dans le choix entre automédication et recours extérieurs: 76 % des cas sont d'abord traités par automédication lorsque le malade habite à plus de 2 kilomètres d'un service de santé formel, contre seulement 62 % dans le cas contraire. Nous avons pourtant insisté sur la remarquable densité d'infrastructures sanitaires formelles dans la sous-préfecture de Ouessè et sur leur bonne accessibilité potentielle. En 1993, les 54'000 habitants de la sous-préfecture disposent d'un hôpital public, de six complexes communaux de santé et d'un hôpital confessionnel, tous judicieusement localisés au regard de la population à desservir, si ce n'est l'hôpital confessionnel qui n'est pas spécifiquement destiné aux habitants de la sous-préfecture. Ainsi, près de la moitié de la population habite à moins d'un kilomètre d'un de ces services, environ deux tiers à moins de 3 kilomètres, 86 % à moins de 5 kilomètres, 98 % à moins de 11 kilomètres et la totalité à moins de 17 kilomètres. En moyenne, les habitants de la sous-préfecture résident à 3,2 kilomètres du service de santé formel le plus proche, à 3,8 kilomètres

de leur CCS officiel, à 17,5 kilomètres du CSSP (mais à seulement 6,4 kilomètres pour les habitants de la moitié ouest de la sous-préfecture et à 2,3 kilomètres pour ceux des trois communes directement desservies par le CSSP) et à 39 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin.

A ce stade de la synthèse des résultats, nous savons que, pour diverses raisons que nous avons explicitées, la population utilise beaucoup plus souvent l'automédication qu'un recours extérieur en cas de besoin. Il s'agit de la cause majeure du faible taux d'utilisation des services de santé publics. Il convient cependant d'aller plus avant et d'examiner quels sont les types de recours extérieurs les plus prisés. Il se pourrait là encore que le secteur public subisse une forte concurrence de services similaires, comme l'hôpital confessionnel Saint-Martin de Papané, ou fort différents, comme les guérisseurs traditionnels.

Sur 360 recours extérieurs directs, la quasi totalité ont impliqué un service de santé moderne (une seule consultation chez un guérisseur) et presque 88 % un service formel (UVS non comprises). Le rôle marginal des guérisseurs et devins en début d'itinéraire thérapeutique a été confirmé par de nombreux entretiens avec des guérisseurs. La "part de marché" du secteur privé en première intention reste limitée (8 % des recours extérieurs), tout comme celle des UVS (4 %). Les églises thérapeutiques n'ont jamais été sollicitées comme premier recours.

Les secteurs privé, traditionnel et néotraditionnel, de même que les UVS ne constituent donc pas en 1994 une réelle concurrence pour le secteur public. Il en allait un peu différemment en 1992, lorsque deux privés de l'agglomération de Ouessè effectuaient près du tiers des nouvelles consultations pratiquées dans l'ouest de la sous-préfecture. Ces deux services n'existent plus en 1994. Qu'en est-il de la concurrence de l'hôpital Saint-Martin, souvent tenue pour "responsable" de la faible utilisation des services publics de la sous-préfecture? Selon notre enquête, seuls 16 % des premiers recours directs ont impliqué cet hôpital, contre 35 % pour le CSSP de Ouessè, 33 % pour les CCS et 4 % pour des hôpitaux publics ou confessionnels extérieurs à la sous-préfecture. Ainsi, l'hôpital Saint-Martin n'a effectué qu'un petit cinquième des consultations directes dispensées par les services de santé formels de la sous-préfecture. La concurrence du secteur confessionnel pour le secteur public de la sous-préfecture de Ouessè reste donc globalement limitée, bien qu'elle puisse localement se montrer considérable, surtout dans le nord-est de la sous-préfecture. Ces données montrent également que le CSSP fait jeu égal avec l'ensemble des six CCS de la sous-préfecture.

Il convient toutefois de considérer ces résultats avec prudence. Ils résultent d'une enquête ponctuelle dans le temps (un mois) et l'espace (13 villages). Vu que la proximité constitue un puissant facteur de choix d'un service de santé, la localisation de l'échantillon au regard des différents types de services influence considérablement les résultats. Ainsi, 8 villages visités sont localisés dans l'ouest de la sous-préfecture contre seulement 5 dans l'est, ce qui avantage le CSSP par rapport à l'hôpital Saint-Martin. D'autre part, trois villages de l'échantillon relèvent de l'agglomération de Ouessè, près du CSSP, et trois autres disposent d'un CCS, ce qui explique largement l'égal poids de ces deux types de services dans notre échantillon.

Nous disposons d'une autre source, pour mesurer le poids relatif des secteurs public et confessionnel dans la sous-préfecture: les registres de santé de tous les services de santé formels. Ils offrent l'avantage d'être exhaustifs (toutes les consultations de l'année, quelle que soit leur place au sein des itinéraires thérapeutiques individuels). Le Tableau 170 montre que, de 1992 à 1994, le taux d'utilisation global par les habitants de la sous-préfecture de Ouessè des services de santé publics pour les soins curatifs ambulatoires a été supérieur ou égal à celui de l'hôpital Saint-Martin. L'écart est faible ou nul en 1992 et 1993, ce qui montre bien que l'hôpital confessionnel constitue alors bien une forte concurrence pour le secteur public. En 1994, cet écart s'est fortement creusé en faveur du secteur public, suite à la dévaluation du FCFA qui a conduit à un réajustement des tarifs pour le seul hôpital confessionnel. En 1994, le taux

d'utilisation global des services de santé publics est plus de deux fois supérieur à celui de l'hôpital Saint-Martin. Avec encore près de 30 % des consultations "formelles" effectuées dans la sous-préfecture, ce dernier continue cependant à y jouer un rôle important, comparable à celui du CSSP de Ouessè ou de l'ensemble des CCS. Ces derniers assurent en 1994 une couverture légèrement supérieure à celle du CSSP et à celle de l'hôpital confessionnel, alors qu'en 1992 et en 1993 elle leur était encore inférieure, et même très nettement par rapport à l'hôpital Saint-Martin.

Notons cependant que, pour la moitié est de la sous-préfecture, le taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin est encore similaire à celui du secteur public en 1994, malgré une baisse considérable par rapport aux deux années précédentes. De plus, le taux d'utilisation de cet hôpital par les malades de l'Ouest n'est pas négligeable, même après le recul de 1994. Cette année-là, il représente encore le quart du taux d'utilisation des services de santé publics de l'Ouest, contre 43 % l'année précédente. A l'inverse, le taux d'utilisation du CSSP par les habitants de l'Est est nul pour les trois années.

Tableau 170 Evolution de 1992 à 1994 du taux d'utilisation en % des services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè pour les soins curatifs ambulatoires (sources: fichier et registres de patients et recensement de la population de 1992 réactualisé).

	CSSP de Ouessè			Tous CCS			Tot. secteur public			Hôp. Saint-Martin		
	92	93	94	92	93	94	92	93	94	92	93	94
Est SP	0	0	0	7	7	13	7	7	13	18	21	12
Ouest SP	16	17	19	7	6	9	23	23	28	6	10	7
Ensemble SP	8	9	10	7	7	11	15	16	22	12	16	9

N.B. Les données pour l'hôpital Saint-Martin incluent une faible part de consultations prénatales.

Ces données suggèrent que l'hôpital confessionnel était en 1992 et 1993 un redoutable concurrent pour les services de santé publics de la sous-préfecture de Ouessè et qu'il le reste en 1994 pour la moitié est de cette dernière. A part pour la commune de Toui, la plus proche de l'hôpital confessionnel, s'agit-il d'ailleurs bien de concurrence? La capacité de cet établissement à attirer des patients de l'Ouest, alors que le CSSP de Ouessè n'en capte presque aucun de l'Est, révèle une utilisation partiellement différenciée de ces deux hôpitaux. L'hôpital Saint-Martin joue largement le rôle de référence (le plus souvent d'autoréférence dans les faits) auquel il se destine. Ce rôle est proportionnellement d'autant plus important que les patients viennent de loin, comme l'ont montré la plus faible baisse pour l'Ouest que l'Est du nombre de patients, et même l'absence de baisse pour les hospitalisés de l'Ouest, suite à l'augmentation des tarifs en 1994 à l'hôpital Saint-Martin. Pour ces cas lointains, il ne concurrence guère les services publics, puisque ceux-ci ont vainement été consultés au préalable ou qu'ils ne seraient pas visités même en l'absence de l'hôpital confessionnel. Ce dernier est surtout consulté comme deuxième ou troisième recours extérieur; ou encore comme premier recours extérieur, par des malades considérant que les services publics n'offrent pas un saut qualitatif suffisant par rapport à l'automédication pratiquée auparavant sans succès. Ce qui explique partiellement la part modeste de cet hôpital dans les premiers recours de l'enquête domiciliaire, alors qu'il pèse d'un poids bien supérieur dans l'ensemble des recours extérieurs, toutes étapes de l'itinéraire thérapeutique confondues (cf. Tableau 170). Un chiffre issu de l'enquête domiciliaire montre bien que, à partir d'une certaine distance de l'hôpital Saint-Martin, seule une minorité de patients le choisissent directement: si l'on excepte la commune de Toui proche de l'hôpital, seuls

6 % des premiers recours à un service formel de la sous-préfecture ont eu lieu à l'hôpital Saint-Martin.

L'intense activité constatée dans cet établissement, qui impressionne tant les acteurs sanitaires béninois et les agences de coopération internationales, résulte donc autant sinon plus de la concentration en cet endroit de nombreux patients drainés au sein d'une très vaste aire d'attraction que d'un taux d'utilisation pour les villages voisins plus élevé que dans les services publics. Ici encore l'automédication se pose en redoutable concurrent des soins formels, fussent-ils dispensés par un hôpital proche et réputé: à 5 kilomètres de l'hôpital Saint-Martin par une bonne route, le taux d'utilisation ne dépasse pas 30 % en 1994.

L'analyse du profil des malades, de leur ménage et de leur maladie a permis de dégager les principaux déterminants du choix d'un type particulier de recours extérieurs, directs ou après automédication (offre de soins formelle, privés informels, UVS et guérisseurs). Le résultat de ces analyses bivariées est fortement influencé par la distance aux différents types de services de santé. Nous ne rappellerons ici que les différences statistiquement significatives qui ne paraissent pas découler d'un tel biais de proximité.

Par rapport à l'ensemble des recours extérieurs informels, le secteur formel est proportionnellement plus utilisé par:

- les adultes de 15 à 60 ans (que par les plus âgés);
- les ménages dont le chef a fréquenté l'école pendant plus de six ans;
- les ménages ayant par le passé recouru à un nombre élevé de types différents de services formels;
- les ménages n'ayant jamais recouru par le passé aux services d'un privé informel;
- les malades dont le niveau économique global du ménage est moyen plutôt que bas ou élevé.

Par rapport au secteur formel, aux UVS et aux guérisseurs, le secteur privé informel est proportionnellement plus utilisé par:

- les adultes de plus de 60 ans;
- les ménages dont le chef a plus de 70 ans;
- les ménages ayant déjà recouru par le passé à un privé.

Les UVS ne sont pas utilisées lorsque le ménage dispose d'un service de santé formel à moins de 2 kilomètres. Elles sont proportionnellement plus utilisées par:

- les ménages dont le chef a fréquenté l'école pendant moins de 4 ans;
- les ménages ayant une expérience passée peu diversifiée des services de santé formels.

Les guérisseurs ne sont pas du tout utilisés si le ménage réside depuis moins de 10 ans dans la sous-préfecture. Ils sont proportionnellement plus utilisés par:

- les adultes;
- les ménages ayant une expérience passée peu diversifiée des services de santé formels;
- les ménages ayant par le passé déjà recouru à un guérisseur et/ou à un devin;
- les malades souffrant de rhumatisme, de hernie et de dysenterie.

Ces déterminants montrent que, malgré un grand pragmatisme face aux cas très graves, les ménages ont souvent des habitudes de consommation médicale, les choix passés de recours extérieurs influençant beaucoup les choix actuels.

Rappelons aussi brièvement les principaux facteurs associés au choix d'un service particulier au sein de la seule offre formelle (ensemble des CCS, CSSP de Ouessè, hôpital Saint-Martin de Papané et hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture utilisés comme premier recours ou deuxième recours après automédication).

Par rapport aux autres services de santé formels, les CCS sont proportionnellement plus utilisés par:

- les enfants de moins de 5 ans que par les enfants plus âgés et les adultes;
- les ménages résidant depuis longtemps dans la sous-préfecture;
- les malades habitant à proximité d'un CCS;
- les ménages dont le niveau économique pondéré par sa taille est bas à moyen;
- les malades dont la gravité du cas est perçue comme faible;
- les malades souffrant de paludisme.

Le CSSP de Ouessè est proportionnellement plus utilisé par:

- les enfants de 5 à 14 ans que par les enfants plus jeunes;
- les malades habitant à proximité du CSSP;
- les ménages dont le niveau économique pondéré par sa taille est élevé;
- les malades dont la gravité du cas est perçue comme élevée.

L'hôpital Saint-Martin est proportionnellement d'autant plus utilisé que les malades habitent à proximité. Les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture sont surutilisés par les malades de plus de 40 ans, par les hommes et lorsque la latence thérapeutique dépasse trois jours.

Des différences dans l'offre de soins expliquent, au moins en partie, la prééminence des services formels sur les services informels, ainsi que l'existence de profils d'utilisateurs sensiblement différents selon le type de services formels.

La disponibilité temporelle des divers types de recours extérieurs n'est pas identique. Les deux hôpitaux offrent une permanence en tout temps. Les CCS ne sont ouverts qu'en semaine, environ 8 heures par jour. Mais en cas d'urgence il est possible d'aller chercher les infirmiers à domicile. De plus, les sages-femmes logent dans les maternités. La commodité d'utilisation de la plupart des services informels est moindre, dans la mesure où beaucoup de praticiens exercent à titre accessoire. Cela est particulièrement vrai pour les secouristes et les guérisseurs, qui restent avant tout des agriculteurs. Pour une utilisation de proximité, le secteur informel peut cependant se montrer plus commode que le secteur formel, par une disponibilité, certes réduite, mais adaptée aux besoins d'une population agricole, aux champs durant la journée. En outre, la qualité de l'accueil y est plus constante que dans les services publics. L'offre de soins des UVS se caractérise par leur rareté croissante, la plupart des UVS n'étant aujourd'hui plus fonctionnelles. La disponibilité effective des guérisseurs pour un problème donné de santé est encore limitée par une certaine spécialisation d'une partie d'entre eux. Disposer de deux ou trois guérisseurs au village n'offre donc pas forcément une couverture de tous les besoins courants. De plus, beaucoup de guérisseurs font preuve d'une certaine discrétion et il est habituel d'être introduit si le malade ne les connaît pas personnellement.

Le secteur formel dispose constamment de médicaments efficaces contre la plupart des affections courantes dans la sous-préfecture. Une partie de la population pense cependant que les services publics manquent de médicaments et/ou qu'ils ne sont pas efficaces ou encore trop chers. La disponibilité réelle en médicaments est moindre dans les services modernes privés et surtout chez les secouristes et les guérisseurs, ces derniers devant souvent aller en brousse ou y envoyer quelqu'un pour y récolter les différents ingrédients nécessaires au traitement. Les

“infirmiers” privés offrent par contre l’avantage de répondre à l’attente de nombreux patients envers les produits injectables.

Le système de tarification et le coût moyen d’une consultation ou d’un épisode différencient également l’offre de soins spécialisée. La tarification est forfaitaire par consultation à l’hôpital Saint-Martin et forfaitaire par épisode pour les seuls soins (la part congrue de la facture finale!) dans le secteur public, avec un paiement unitaire séparé des médicaments, des analyses de laboratoire et de certaines prestations (hospitalisations, accouchements, sutures...). Le mode de tarification est très varié dans le secteur informel, qu’il soit moderne ou traditionnel: paiement à l’acte, paiement des seuls médicaments incluant les soins et forfait par diagnostic ou par cas. Les forfaits globaux sont appréciés, car la somme nécessaire est connue à l’avance. Elle reste de plus modérée, du moins à l’hôpital Saint-Martin, puisque le forfait fonctionne comme un système d’assurance entre les utilisateurs.

Selon les déclarations des utilisateurs, le coût médical moyen d’un premier recours direct est maximal dans les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture, suivis loin derrière par le CSSP de Ouessè, puis, assez loin, par l’hôpital Saint-Martin, puis par l’ensemble des CCS, les privés et enfin les UVS. Pour le coût du transport, les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture viennent loin devant, suivis presque à égalité par l’hôpital Saint-Martin et le CSSP, puis, loin derrière, par les CCS; le recours aux privés et aux UVS n’occasionne pas de frais de transport. La hiérarchie des coûts pour le coût total (soins et transport) est identique à celle des seuls soins. Les coûts médians sont toujours nettement inférieurs aux coûts moyens. Le coût du recours à un guérisseur est du même ordre de grandeur que celui d’un traitement dans le secteur formel.

Le coût d’une nouvelle consultation ambulatoire et des éventuelles consultations ultérieures pour le même épisode dans les services de santé publics est nettement moins élevé selon les pièces comptables que selon les déclarations des patients (2,3 fois moins pour les CCS et 3 fois moins pour le CSSP, où le rapport est le même pour les hospitalisations). Le coût moyen des consultations curatives d’après les pièces comptables varie de plus du simple au double selon le CCS. Pour les consultations ambulatoires curatives, il est en moyenne d’un sixième plus élevé au CSSP que dans un CCS. Toujours selon les pièces comptables, le coût d’un épisode dans un service public de la sous-préfecture est en moyenne plus élevé pour une femme que pour un homme: un sixième de plus dans les CCS, un cinquième de plus au CSSP pour un traitement ambulatoire et un bon quart de plus pour une hospitalisation. Les adultes paient en moyenne deux tiers de plus que les enfants dans un CCS, la même somme qu’eux au CSSP, mais le double en cas d’hospitalisation. Un accouchement revient en moyenne presque un quart plus cher au CSSP (aucune césarienne dans l’échantillon) que dans un CCS. Le coût d’une nouvelle consultation prénatale est identique dans les deux niveaux hiérarchiques¹.

L’efficacité thérapeutique globale distingue également certains types de recours extérieurs disponibles dans la sous-préfecture de Ouessè, bien qu’il soit difficile de l’établir précisément. Les habitants de la sous-préfecture considèrent généralement l’action des remèdes traditionnels comme moins rapide que celle des médicaments modernes, voire comme moins efficace pour certaines affections. La forte diminution du recours aux guérisseurs, due aussi aux caractéristiques des malades, comme la conversion à des religions prohibant leur utilisation, tend

¹ Donnons encore quelques indications sur le coût total (soins, médicaments, laboratoire, hospitalisation et transports) d’un épisode fini de maladie quel que soit l’itinéraire thérapeutique emprunté, selon les déclarations des malades. Au début de l’année 1995, il se monte en moyenne à 1’600 FCFA, dont un dixième pour le transport. Les hommes ont dépensé un dixième de plus que les femmes. Les dépenses des adultes sont de trois cinquièmes supérieures à celles des enfants. Les ménages riches dépensent plus pour la santé que les ménages d’un niveau économique bas à moyen. Les autochtones, tout particulièrement les *Mahi*, dépensent nettement plus que les allochtones par épisode. Les *Peul* dépensent près de trois fois moins que les *Mahi*. Le niveau moyen des dépenses par épisode dépend beaucoup du diagnostic. Il augmente aussi nettement avec la gravité perçue du cas, l’allongement de la durée de l’épisode et l’augmentation du nombre d’étapes de l’itinéraire thérapeutique.

également à renforcer leur manque d'attractivité (difficulté à former une relève et perte progressive de compétences des guérisseurs à cause d'une pratique insuffisante). La qualification des agents villageois de santé est très faible. Les derniers en activité n'ont plus eu de recyclage ni même de supervision médicale depuis longtemps. La qualification d'une partie des "infirmiers" privés n'est parfois pas meilleure. Certains d'entre eux sont du niveau des secouristes, d'autres sont des infirmiers ou sage-femme, parfois très expérimentés.

Globalement, nous pouvons estimer avec Bichmann, Diesfeld, Agboton [*et al.*] (1991) que la qualité des soins publics au Bénin est faible, avec de sensibles différences de compétences d'un agent de santé à l'autre. Il n'y a pas de réelle différence entre les CCS et le CSSP pour les soins ambulatoires: dans les deux cas ce sont des infirmiers qui consultent. Au vu des résultats des recours rapportés par les malades, nous avons relevé plus haut que l'hôpital Saint-Martin est un peu plus efficace que le secteur public, surtout pour les cas considérés comme très graves. D'autres éléments concordants permettent d'affirmer que l'efficacité thérapeutique de cet hôpital est supérieure à celle des services publics de la sous-préfecture:

- une anamnèse et surtout un examen plus complet des patients;
- un personnel plus motivé, polyvalent et qualifié;
- une consultation souvent menée conjointement par deux infirmiers avec une référence interne assez fréquente aux médecins;
- le recours très fréquent à des examens de laboratoire diversifiés;
- une référence à sens unique entre les services de santé publics et l'hôpital Saint-Martin;
- une durée de traitement inférieure avant guérison;
- des diagnostics plus variés, avec un faible poids relatif des affections très courantes.

Ce dernier point atteste que l'hôpital Saint-Martin joue effectivement un rôle de centre de référence, en plus des soins de santé primaires qu'il assure principalement pour les patients des environs. Il se caractérise par des diagnostics qui lui sont spécifiques (onchocercose, chirurgie, tuberculose) et par des diagnostics proportionnellement beaucoup plus fréquents que dans les autres services de santé modernes de la sous préfecture (malnutrition, affections uro-génitales, morsures de serpents et sans mention de diagnostic, y compris autres diagnostics et affections mal définies). A l'inverse, le paludisme n'y constitue en 1994 que 9 % des consultations, contre 34 % au CSSP et 36 % dans les CCS. Proche de celle des CCS, la variété et la structure des diagnostics du CSSP signale l'incapacité de cet établissement à être véritablement un centre de référence en plus d'un service du premier échelon pour les trois communes voisines.

Confirmant une de nos hypothèses, cet échec est symptomatique de la défaillance généralisée du système de référence officiel au sein du système de soins public. Que ce soit les CCS (10 ‰ des nouveaux cas en moyenne sur 4 ans) ou le CSSP de Ouessè (7 ‰), les services de santé publics ne réfèrent presque pas pour les soins curatifs. De plus, les référés ne sont pas toujours compliants, ni sur le principe de la référence ni surtout sur le lieu de référence. Ces taux restent également très bas pour les accouchements (44 ‰ des parturientes dans les CCS et 33 ‰ au CSSP, en moyenne sur 4 ans), alors qu'aucune de ces maternités ne pratiquent de césariennes ni même ne disposent d'une ventouse. En 1994, on observe par ailleurs que, de toutes les consultations curatives effectuées au sein du secteur formel de la sous-préfecture par des patients habitant l'aire d'attraction officielle d'un CCS, deux cinquièmes se sont déroulées ailleurs que dans un CCS (35 % du total à l'hôpital Saint-Martin et seulement 6 % au CSSP de Ouessè). D'autre part, près du quart des consultations formelles effectuées par les patients des trois communes dépendant officiellement du CSSP de Ouessè ont eu lieu à l'hôpital Saint-Martin, malgré une distance de 45 kilomètres.

Ces proportions sont sans commune mesure avec les taux de référence officiels. Cela implique que, de leur propre autorité, beaucoup de malades se rendent dans un service de santé d'un niveau plus élevé que leur service officiel de premier recours. Ce phénomène, que nous avons appelé autoréférence, peut intervenir soit directement (éventuellement après une phase d'automédication), soit après un passage infructueux dans un service de base. Avec une offre de soins variée au sein de laquelle les flux sont beaucoup plus régis par l'autoréférence que par la référence, on se trouve dans la sous-préfecture de Ouessè dans une situation de "shopping médical", déjà décrit ailleurs en milieu urbain africain (DORIER, 1989).

Les différences dans la structure des diagnostics signalées plus haut entre les services de santé formels résultent clairement de l'autoréférence des malades. Elles doivent être interprétées en termes de hiérarchie réelle entre les trois types de services formels. Le CSSP de Ouessè ne serait-il qu'un (très) gros CCS totalement supplanté par l'hôpital confessionnel dans sa fonction de centre de référence (ou d'autoréférence)? Les modes d'utilisation des différents services de santé formels ont des implications spatiales qui plaident pour une conclusion plus nuancée: l'hôpital Saint-Martin est clairement d'un niveau hiérarchique réel supérieur à celui du CSSP, lui-même un peu plus élevé que celui des CCS.

L'espace médical (l'aire d'attraction) effectif de l'hôpital Saint-Martin englobe toute la sous-préfecture de Ouessè (et s'étend bien au-delà). La situation pour les services publics confirme notre hypothèse d'absence de concordance absolue entre leurs aires d'attraction officielles et leurs aires d'attraction effectives. Cela est particulièrement net pour le CSSP de Ouessè censé desservir toute la sous-préfecture et qui ne couvre que sa moitié ouest et, très marginalement, le sud-est de la sous-préfecture. L'espace médical de chaque CCS ne dépasse jamais les limites communales, c'est-à-dire leur aire d'attraction officielle. Presque chaque village relève de l'aire d'attraction de son CCS officiel, mais parfois marginalement. Au sein de chaque espace médical, l'intensité de l'attraction est directement fonction de la distance, mais aussi, surtout pour l'hôpital Saint-Martin, de la desserte régulière des localités par les taxis. Le rayon maximal de l'aire d'attraction est en 1994 de 83 kilomètres pour l'hôpital Saint-Martin (si l'on se limite à la sous-préfecture de Ouessè), de 28 kilomètres pour le CSSP de Ouessè et de 11 kilomètres en moyenne pour les CCS. La distance moyenne parcourue par l'ensemble des visiteurs de l'hôpital confessionnel est de 31,6 kilomètres (pour les seuls patients de la sous-préfecture de Ouessè). Elle n'est que de 3,3 kilomètres pour les patients du CSSP et de 1,8 kilomètres pour ceux des CCS.

Conformément à nos hypothèses, nous avons observé, d'une part, une claire diminution générale des taux d'utilisation des services de santé avec l'augmentation de la distance. Toujours très forte à proximité des services de santé, cette friction de la distance est d'autant plus prononcée que le service est d'un bas niveau hiérarchique. D'autre part, cette friction de la distance n'est ni linéaire (elle peut généralement être bien décrite au moyen d'une fonction logarithmique) ni régulière. En raison de la présence ou de l'absence d'une desserte régulière par les taxis, d'affinité et surtout de conflits entre les villages, mais aussi d'autres causes non spatiales qui restent inconnues, certaines localités s'écartent en effet sensiblement du modèle. Nous avons par contre pu mettre en évidence que la friction de la distance est d'autant plus forte que le niveau hiérarchique du service est bas, qu'elle ne varie pour ainsi dire pas avec le sexe, qu'elle est particulièrement forte pour les enfants de moins d'un an et qu'elle est sensible à la nature des prestations recherchées (soins curatifs ambulatoires, hospitalisation, consultations prénatales ou accouchements) et à certains diagnostics. Confirmant partiellement nos hypothèses, nous avons pu vérifier que les personnes hospitalisées au CSSP parcourent en moyenne une distance supérieure aux cas ambulatoires. Mais cela n'est pas le cas à l'hôpital Saint-Martin. Par contre, si l'on considère l'ensemble des services formels, y compris ceux ne pratiquant pas les hospitalisations, une hospitalisation entraîne un déplacement presque deux

fois plus long qu'une consultation ambulatoire. De plus, la probabilité d'être hospitalisé en cas de consultation au CSSP de Ouessè augmente avec la distance, mais ce n'est pas le cas pour l'hôpital Saint-Martin, sauf pour une distance inférieure à 20 kilomètres.

Conformément à l'une de nos hypothèses, nous avons ainsi montré qu'il est possible de déterminer la hiérarchie réelle des services de santé au moyen de l'intensité de la friction de la distance, des inégalités de distance moyenne parcourue pour les atteindre, de l'extension de leur aire d'attraction réelle et de la structure des maladies diagnostiquées dans chacun d'eux.

L'accès diversifié aux services de santé formels de la sous-préfecture de Ouessè, dont les cinq dimensions ont été décrites en termes d'interrelations entre les caractéristiques du patient potentiel et celles des services de santé, débouche sur une structuration de tout l'espace de la sous-préfecture en trois niveaux hiérarchisés reflétant la hiérarchie médicale réelle des services formels.

Aux espaces médicaux de chaque service de santé formel répondent les espaces de soins des villages officiels de la sous-préfecture. Tous, même les plus isolés d'entre eux comme Idadjo, s'inscrivent dans un espace de soins au moins unipolaire, généralement bi- ou tripolaire, exceptionnellement quadripolaire. Le recours aux services de santé extérieurs à la sous-préfecture de Ouessè est si marginal que l'espace de soins des habitants de cette sous-préfecture ne dépasse jamais ses frontières¹. L'hôpital Saint-Martin fait partie de l'espace de soins de tous les villages de la sous-préfecture. A deux exceptions près (Ogoutédo/Odo Akaba et Toui PK à proximité de l'hôpital Saint-Martin), le CCS dont dépend officiellement chacun des villages fait également partie de l'espace de soins de ces villages, mais parfois marginalement à cause d'une mauvaise accessibilité ou de tensions avec les habitants du village l'abritant. L'espace de soins des villages officiels du nord-est de la sous-préfecture ne comporte pas le CSSP de Ouessè. Celui-ci occupe une place marginale dans l'espace de soins des villages du sud-est. A l'exception de Djegbé, l'indice de dépendance envers un service de base (CCS ou CSSP pour les trois communes voisines de Ouessè, Laminou et Odougba) est toujours fort pour le village où il est localisé, ce qui montre l'importance de la proximité. Les villages pâtissant d'une mauvaise accessibilité à leur CCS en dépendent souvent plus faiblement que du CSSP et plus encore de l'hôpital Saint-Martin, pourtant encore moins accessibles. Ces villages se caractérisent par un modèle d'utilisation particulier: leurs habitants recourent très rarement aux services de santé formels, mais lorsqu'ils doivent s'y résoudre, ils préfèrent se rendre directement dans un service d'un niveau moyen à élevé. L'espace de soins d'aucun village ne se limite au service de base, même local. Il vient toujours s'y adjoindre l'hôpital Saint-Martin et le CSSP de Ouessè, si la distance à ce dernier reste faible à moyenne.

Nous n'avons jusqu'ici envisagé que la première étape des itinéraires thérapeutiques et les premiers recours extérieurs après automédication. Les itinéraires thérapeutiques s'inscrivent pourtant clairement dans une double dynamique temporelle et spatiale caractérisée par le passage plus ou moins rapide et fréquent d'un recours à l'autre et d'un lieu à l'autre en fonction des besoins, du résultat procuré par le recours précédent et des contraintes structurelles et conjoncturelles. La nature du ou des recours déjà tenté(s) conditionne celle du recours suivant.

Des 1'334 malades recensés pour le mois écoulé lors de l'enquête domiciliaire, 97 % se sont engagés dans un itinéraire thérapeutique, 8 % ont effectué un itinéraire à deux étapes et moins de 1 % un itinéraire à trois étapes. Ces proportions sont susceptibles d'augmenter un peu, puisque tous les épisodes n'étaient pas achevés lors du passage des enquêteurs. La très faible proportion de malades effectuant plus d'un recours, automédication comprise, est à relever. Elle

¹ Si l'on inclut dans la sous-préfecture l'hôpital Saint-Martin de Papané, tout juste en dehors de la sous-préfecture. Notons une (légère) exception à la conclusion énoncée ci-dessus: le CSSP de Tchaurou, à une douzaine de kilomètres de la frontière nord de la sous-préfecture de Ouessè, relève marginalement de l'espace de soins des habitants de Toui PK.

découle de la grande efficacité thérapeutique perçue des recours et de la forte propension à ne plus rien entreprendre dès qu'un traitement a amené une amélioration.

Au sein des itinéraires thérapeutiques, nous n'avons pas distingué plusieurs étapes d'automédication, à moins qu'elles ne soient entrecoupées par un recours extérieur. Si l'automédication est massive lors de la première étape, elle n'intervient ou ne réapparaît quasi jamais après l'échec d'un recours extérieur. Mais environ un tiers des malades ont poursuivi l'automédication parallèlement au recours extérieur subséquent.

Parmi les recours extérieurs, le poids des services publics de la sous-préfecture est prépondérant aussi bien pour la première étape de l'itinéraire thérapeutique (68 % du total des recours extérieurs de cette étape) que pour la deuxième (64 %). Il chute ensuite pour la troisième étape (36 %, mais 11 cas seulement). Pour l'hôpital Saint-Martin ces proportions sont respectivement de 16 %, 12 % et 27 %. Les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture n'attirent quant à eux qu'une modeste proportion des recours extérieurs s'inscrivant dans la première étape des itinéraires thérapeutiques. Cette proportion diminue encore pour la deuxième étape et devient nulle pour la troisième. Le sommet de la pyramide sanitaire béninoise est donc rarement utilisé, et uniquement comme premier recours extérieur (direct le plus souvent), ce qui dénote une fois de plus un dysfonctionnement du système de référence.

La part des privés diminue également avec l'allongement des itinéraires thérapeutiques. Ils ne sont plus représentés dans la troisième étape. Les églises thérapeutiques ne sont jamais sollicitées en début d'itinéraire. Leur rôle reste ensuite très marginal. Services d'un très bas niveau, les UVS sont rarement utilisées comme premier recours et jamais par la suite. D'insignifiant en début d'itinéraire thérapeutique, le rôle des guérisseurs¹ s'affirme avec leur allongement. Un cinquième des deuxièmes étapes des itinéraires thérapeutiques ont impliqué un guérisseur et plus du tiers des troisièmes. Mais dans l'absolu, le recours aux guérisseurs reste très limité: moins de 2 % des malades se sont adressés à eux, à un moment ou à un autre, soit moins de 6 % des malades ayant effectué un recours extérieur.

Confirmant l'une de nos hypothèses, il se dégage de l'analyse des itinéraires thérapeutiques une double logique de subsidiarité et de diversification présidant à l'enchaînement des divers recours. Le traitement commence au niveau de soins le plus proche jugé apte à prendre en charge le cas, généralement le ménage, plus rarement un service de santé formel. Si ce premier recours échoue totalement, ce qui est rare, le malade s'adresse à un deuxième, puis éventuellement à un troisième niveau de soins, différent du premier soit par un statut hiérarchique supérieur (d'un CCS vers un hôpital par exemple), soit par la nature des soins (d'un CCS vers un guérisseur par exemple), soit encore par les deux conjointement (de l'automédication traditionnelle à un service de santé moderne par exemple).

Conformément à une de nos hypothèses, ce principe de subsidiarité et de diversification a pour corollaire un allongement du trajets moyen avec l'augmentation du nombre d'étapes de l'itinéraire thérapeutique. La longueur du trajet moyen est de 6,1 kilomètres pour un recours extérieur direct tous types confondus (sauf les hôpitaux extérieurs à la sous-préfecture), de 7,3 kilomètres pour un premier recours après automédication et de 15,1 kilomètres pour un deuxième recours extérieur.

Les jeunes enfants sont plus fragiles que les grands enfants et les adultes. Pour eux, la maîtrise de la maladie et des traitements évoquée plus haut fait souvent défaut, les parents manquant d'expérience pour ces enfants, qui sont de plus trop jeunes pour exprimer une plainte. La logique de subsidiarité mise en évidence par l'analyse des itinéraires thérapeutiques implique alors que les jeunes enfants consultent plus souvent que les autres malades directement un

¹ Mais pas des devins, dont l'unique cas de recours a été regroupé avec ceux aux guérisseurs.

spécialiste de la santé. Economisant plus souvent l'étape de l'automédication (qui reste toutefois majoritairement leur premier recours!), les jeunes enfants consultent alors le service de santé moderne le plus proche, soit habituellement celui du plus bas niveau. Les enfants plus âgés et les adultes se soignent au contraire massivement d'abord dans le cadre familial. En cas d'échec total, ils s'adressent à un service de santé moderne, mais plus forcément aux services de proximité (poste de secours, CCS, voire CSSP) qui risquent d'être redondants avec leur traitement familial.

Les taux d'utilisation calculés sur trois ans à partir des registres de santé des services formels de la sous-préfecture (assurant rappelons-le plus de 8 consultations sur 10) confirment que les enfants de moins de 5 ans consultent proportionnellement plus que les autres malades et que la tendance est pour eux légèrement à la hausse, contrairement aux enfants plus âgés et aux adultes. Ces taux sont de 114 % pour les enfants de moins d'un an, de 40 % pour ceux de 1 à 4 ans, de 13 % pour ceux de 5 à 14 ans et de 34 % pour les adultes. L'étude des itinéraires thérapeutiques prouve que seule une partie de ces écarts proviennent de besoins différents selon l'âge et que, relativement aux autres, les enfants de moins d'un an surutilisent les services de santé modernes par rapport à leurs besoins. Les taux d'utilisation sur trois ans par type de services confirment également que les enfants, quel que soit leur âge et leur sexe, recourent proportionnellement plus souvent aux services de santé publics et les adultes à l'hôpital Saint-Martin. Cela est partiellement lié au fait que ce dernier rencontre peu de concurrence pour des diagnostics presque exclusivement associés aux adultes: onchocercose, chirurgie, affections de l'appareil uro-génital et morsures de serpents. Ce clivage selon l'âge entre niveaux hiérarchique s'est toutefois réduit depuis 1992, avec l'augmentation de la proportion d'enfants à l'hôpital Saint-Martin.

Le taux d'utilisation des services de santé modernes sur trois ans ne diffère guère selon le sexe. Il est en moyenne légèrement plus bas pour les femmes dans les services publics et légèrement plus haut à l'hôpital Saint-Martin. Sauf dans ce dernier, pour lequel la différence est faible, le taux d'utilisation des femmes n'est pas plus sensible à l'augmentation de la distance que celui des hommes. La taille de l'aire d'attraction des différents services varie peu selon l'âge et surtout le sexe des patients. Ces variations sont d'autant plus faibles que le niveau hiérarchique est bas. La distance moyenne parcourue pour atteindre l'hôpital Saint-Martin de Papané augmente avec l'âge, alors qu'elle décroît légèrement au CSSP et dans les CCS. La distance moyenne parcourue pour atteindre chacun de ces trois types de services est identique selon le sexe.

Contrairement à ce qui a été parfois relevé en Afrique subsaharienne et plus encore en Asie du Sud-Est, les femmes et les jeunes enfants de la sous-préfecture de Ouessè ne sont globalement pas préterités dans l'accès aux services de santé modernes. Dans la plupart d'entre eux, y compris les deux hôpitaux, la part des enfants a même augmenté sur trois ans. La faible utilisation des services de santé formels n'est de plus pas le fait d'une petite minorité de "gros" utilisateurs, alors que la majorité des habitants de la sous-préfecture n'utiliseraient jamais ces services.

Notons que l'on observe souvent une bonne fréquentation des maternités publiques pour la SMI (consultations prénatales, accouchements et vaccination), même là où la fréquentation du dispensaire est faible. La nature du service dispensé influence donc fortement le niveau d'utilisation d'un établissement. Pour les soins curatifs, nous avons vu que les services de santé publics sont confrontés à une vive concurrence, en tout premier lieu de l'automédication. Pour la SMI, la concurrence est beaucoup plus faible, si l'on excepte les accouchements et, dans une moindre mesure, les consultations prénatales dans les UVS, un peu en marge du secteur public. D'une part, il y a peu ou pas de compétences profanes en la matière, d'autre part la médecine

traditionnelle ne prend en charge au mieux que les accouchements et les secteurs privé voire confessionnel ne montrent souvent qu'un intérêt limité pour la SMI.

D'un point de vue spatial, l'utilisation des maternités s'inscrit dans une logique encore plus locale que celle des services de santé curatifs. La plupart des accouchements se déroulent dans la localité de domicile de la parturiente (en UVS, CCS ou au CSSP, rarement à domicile), plus rarement dans une localité voisine abritant la maternité officielle, exceptionnellement dans une autre maternité que la maternité officielle (essentiellement alors au CSSP de Ouessè et à l'hôpital Saint-Martin). Il en va largement de même pour les consultations pré- et post-natales. Grâce à la stratégie avancée, la vaccination est très décentralisée, ce qui supprime largement tout problème d'accessibilité.

Les comportements de recours aux soins et leurs modalités opposent largement deux moitiés de la sous-préfecture de Ouessè – l'Est et l'Ouest –, qui se distinguent aussi par de nombreuses caractéristiques (démographie, culture, accessibilité, économie, équipement). La géographie des soins de santé de la sous-préfecture de Ouessè recoupe donc le principal clivage spatial de cette sous-préfecture.

Les besoins en soins de santé sont plus élevés à l'Ouest qu'à l'Est, que cela s'exprime sous forme de prévalence mensuelle perçue des maladies (273 ‰ contre 211 ‰), de gravité perçue moyenne des cas (24 % de cas considérés comme très graves contre 12 %) ou de taux annuel de mortalité déclarée (34 ‰ contre 25 ‰). Par contre, les maladies les plus fréquentes y sont les mêmes. Cela confirme notre hypothèse d'une inégale répartition spatiale des besoins en soins de santé, que l'on retrouve aussi à une échelle villageoise.

L'offre en services de santé formels est plus fournie à l'Est (un hôpital confessionnel et quatre CCS) qu'à l'Ouest (un CSSP d'un niveau inférieur dans les faits à l'hôpital confessionnel et deux CCS) pour une population identique. La densité médicale est donc supérieure à l'Est. Conformément à notre hypothèse, elle varie aussi à l'échelle des communes, puisque la population de ces dernières est inégale, alors qu'il y a toujours deux agents de santé par CCS (mais seulement un pour les deux plus petites communes). Par contre, en raison d'une plus grande concentration de la population de l'Ouest, dont la moitié vit dans l'agglomération de Ouessè, la distance moyenne au service de santé formel le plus proche est inférieure à l'Ouest (2,6 kilomètres contre 3,9 kilomètres). Fluctuante, l'offre en services modernes privés est supérieure à l'Ouest, contrairement à celle des guérisseurs.

Hormis l'offre en services de santé formels inférieure, compensée par une offre supérieure en privés (mais d'un impact décroissant de 1992 à 1994) et surtout par une meilleure accessibilité moyenne, tout concourt donc à ce que les habitants de l'Ouest fréquentent plus les services de santé modernes, surtout formels, que ceux de l'Est. C'est effectivement le cas. En 1992, les malades de l'Ouest ont un taux d'utilisation 1,5 fois supérieur à ceux de l'Est. Ce rapport est de 1,4 en 1993 et en 1994.

Notons que pour les patients de l'Est comme pour ceux de l'Ouest, le taux d'utilisation des services de santé modernes est stable de 1992 à 1994, et cela malgré des modifications de l'offre qui ont fortement influencé les flux de patients entre services de santé (création puis disparition de deux importants services de santé privés, longue absence d'infirmiers aux CCS de Toui et Kilibo, ouverture d'un CCS à Kémon, extension des soins curatifs aux maternités des CCS de Gbanlin et de Challa Ogoï et forte augmentation des tarifs à l'hôpital Saint-Martin avec la dévaluation du FCFA). Tout se passe comme si le taux d'utilisation global des services de santé modernes – environ 32 % pour chacune des trois années – constitue un seuil infranchissable, les gains de certains services compensant les pertes d'autres services. Suite aux modifications de l'offre, des reports massifs de patients d'un service à l'autre ont effectivement été mis en

évidence, mais il y aussi eu des gains nets, comme à Kémon, Gbanlin et Challa Ogoï, où l'extension de l'offre a amélioré l'accessibilité et permis à une partie de la demande latente de s'exprimer, ou des pertes nettes, comme dans la commune de Toui après l'augmentation des tarifs de l'hôpital Saint-Martin.

En raison d'une meilleure accessibilité, le taux d'utilisation de cet établissement est plus élevé à l'Est qu'à l'Ouest. Cependant, l'écart tend à diminuer de 1992 à 1994, surtout à cause d'une fréquentation croissante des enfants de l'Ouest. La baisse des taux d'utilisation et de dépendance de la population suite à la dévaluation y a été plus forte pour l'Est que pour l'Ouest. En raison d'une bonne accessibilité alliée à des prix modérés et prévisibles avant la dévaluation, les patients de l'Est utilisaient en effet cet établissement comme centre d'autoréférence, mais aussi beaucoup pour les soins primaires, alors que ceux de l'Ouest y recourent habituellement dans le cadre de l'autoréférence, moins sensible aux coûts que les soins primaires. La chute du taux d'utilisation de l'hôpital Saint-Martin en 1994 par les habitants de l'Est a été en grande partie compensée par un doublement du taux d'utilisation des CCS de l'Est, par rapport aux deux années précédentes.

Les patients provenant de l'est de la sous-préfecture pèsent d'un poids marginal, et malgré tout décroissant, dans la clientèle du CSSP de Ouessè pour les soins curatifs: 2,7 % en 1992 et 1,5 % en 1994. De 1992 à 1993, le taux d'utilisation global des CCS et celui du CSSP de Ouessè ont légèrement progressé. Ce sont toutefois essentiellement les villages très proches de ces services qui en ont profité, notamment ceux qui les abritent.

L'est et l'ouest de la sous-préfecture de Ouessè se distinguent aussi nettement par le coût moyen de traitement d'un épisode fini de maladie. Selon l'enquête domiciliaire, un épisode revient 1,8 fois plus cher à l'Ouest. Cela est essentiellement imputable au recours à des services de santé plus chers, principalement le CSSP de Ouessè. A une échelle villageoise, la différence entre les villages extrêmes devient considérable (rapport de 1 à 16 entre le village dont les malades ont le plus utilisé les recours extérieurs et celui dont les malades se sont presque tous contentés de l'automédication).

Une deuxième structuration de l'espace recoupe le clivage Est/Ouest: l'opposition entre les terroirs de peuplement ancien et ceux de colonisation agricole récente. Sur le plan humain, ces deux zones se distinguent par leur structure ethnique, démographique et économique, et par un bien moindre poids démographique pour la seconde, quoiqu'en rapide croissance. D'un point de vue spatial, ces deux zones ont en commun leur discontinuité. Elles ont en propre une localisation centrale (à l'échelle de la sous-préfecture) pour la première et périphérique pour la seconde. Présentes dans toutes les communes de la sous-préfecture, la zone de colonisation agricole est particulièrement étendue et peuplée à l'est de la sous-préfecture, avec une forte concentration au nord-est. Le caractère périphérique de la zone de colonisation agricole est aussi marqué sur le plan politique (dépendance envers les villages officiels) et sur celui des équipements collectifs, qui lui est lié (absence totale d'infrastructures sanitaires et presque complète d'école et d'équipements hydrauliques). Sur le plan sanitaire, la zone de colonisation se caractérise par des besoins particuliers (population très jeune, fort taux de natalité, péril fécal et localement dracunculose) et par une mauvaise accessibilité aux services de santé (distance, mauvaises pistes, absence de taxis, rareté des véhicules motorisés privés). Au regard des soins curatifs, les colons agricoles constituent donc avec les *Peul*, mais pour des raisons différentes, une population à risque, non pas tant à cause de besoins supérieurs, qu'en raison d'un accès limité aux services de santé, tous types confondus.

2. RECOMMANDATIONS

En s'attachant à l'étude des comportements de recherche de soins d'une population et à leurs déterminants, cette thèse visait à proposer quelques pistes permettant d'améliorer l'accès de la population aux soins, en particuliers à ceux dispensés par le secteur public. Il s'agit notamment d'optimiser, dans un contexte de restriction ou de stagnation des ressources budgétaires et humaines, les investissements en équipement et personnel sanitaires, en émettant quelques propositions permettant d'augmenter une utilisation encore beaucoup trop faible au regard des besoins.

a) Disponibilité et accessibilité des services

Augmenter l'accessibilité passe soit par l'accroissement de la mobilité, soit par la diminution de la distance aux services de santé, soit par une combinaison des deux (GIHRING, 1982). Globalement, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé formels est bonne dans la sous-préfecture de Ouessè. Nous avons cependant mis en évidence l'extrême sensibilité des taux d'utilisation à ces deux facteurs. Toute mesure améliorant la disponibilité ou l'accessibilité des services débouchera sur une augmentation globale du recours aux soins. Est-ce à dire que chaque localité de la zone définie comme à risque de sous-utilisation des services de santé modernes devrait en disposer d'un? Toutes choses égales par ailleurs, la multiplication des services de santé conduirait à une baisse d'utilisation des services déjà existants, qui mettrait en péril l'équilibre financier de plusieurs d'entre eux tout en sous-utilisant leur personnel. L'augmentation de l'offre sera en effet loin de faire disparaître l'automédication. Un accroissement de l'accessibilité des services actuels permettrait au contraire à une partie plus importante de la demande potentielle de s'exprimer, tout en utilisant mieux les ressources disponibles et en accroissant l'assise financière de ces services.

Au vu de la desserte de chaque commune de la sous-préfecture de Ouessè par un service de santé public, des faibles taux d'utilisation actuels même à proximité des services de santé, de l'inachèvement du programme national de construction d'infrastructures sanitaires dans certaines régions du pays et de la capacité d'investissement limité de l'Etat et des bailleurs de fonds étrangers, la réalisation de nouveaux services de santé publics n'est pas une priorité dans cette sous-préfecture.

Dépendant directement du CSSP de Ouessè, à 4 kilomètres, la commune d'Odougba constitue cependant un cas limite, d'autant plus qu'aucune de ses UVS n'est fonctionnelle. Cette commune est constituée d'une agglomération de cinq villages, qui devrait compter environ 6'600 habitants actuellement (début 2000), soit assez pour justifier la présence d'un CCS. Selon le taux d'utilisation des habitants de cette commune au CSSP de Ouessè en 1994, cette commune devrait actuellement générer 850 nouveaux consultants pour des soins curatifs, sans parler d'un potentiel de 330 accouchements, avec toutes les activités pré- et post-natales que cela implique encore. En y ouvrant un service de santé public, le nombre de nouveaux consultants devrait être multiplié par trois ou quatre, si l'on extrapole la situation observée dans des villages voisins dotés de services. Il y a donc là une importante demande potentielle de SMI et de soins curatifs modernes qui n'est en 1994 couverte localement que par une jeune infirmière privée.

Si l'Etat et ses partenaires n'ont pas actuellement les moyens de construire un CCS à Odougba ni d'en payer le personnel (une partie croissante du personnel des services publics en place est d'ailleurs déjà payé au moyen du financement communautaire), peut-être conviendrait-

il d'y explorer les voies d'une collaboration contractuelle avec le secteur privé. Cette réflexion devrait également s'engager pour d'autres villages ou petits groupes de villages. En échange, par exemple, d'une reconnaissance officielle, du droit à s'approvisionner au CSSP en médicaments essentiels aux mêmes conditions que les CCS, d'un salaire de base, de la disposition d'un cabinet et de la possibilité de suivre le peu de formation continue prévue pour les agents de santé de l'Etat, des privés ayant un titre reconnu s'engageraient à assurer un paquet de prestations de base, y compris la vaccination, à collaborer avec un comité de gestion communautaire, à remplir les supports d'information épidémiologique du Ministère de la santé et à recevoir ses médecins, pour une supervision médicale. Censé rétribuer le service public assuré par l'infirmier privé, le salaire de base serait complété par des honoraires fixés d'entente avec le comité de gestion. Une autre solution serait que le comité, au nom de la communauté, engage purement et simplement un agent de santé. De tels contrats devraient intéresser les jeunes infirmiers et sages-femmes continuant à sortir des écoles, alors que l'Etat ne recrute presque plus, que le secteur infirmier privé devient de plus en plus saturé en ville, où sévit en outre la concurrence des médecins privés, et que de multiples expériences montrent la faible viabilité des cabinets de soins infirmiers et autres cliniques d'accouchements privés et autonomes en milieu rural.

Une telle collaboration est aussi envisageable pour d'autres villages de taille moyenne à grande suffisamment éloignés d'un service de santé pour ne pas le concurrencer, comme Idadjo, Yaoui, Kilibo Gare, Toui Gare et Toui PK. Se pose cependant pour eux la question de la viabilité économique de l'entreprise, dans la mesure où de tels services devraient s'autofinancer. Vue la faible population desservie par ces services, leurs perspectives de viabilité seraient meilleures si l'agent de santé privé était une femme, capable d'assurer aussi bien les soins curatifs que la SMI. Une bonne intégration dans le "milieu" de ces agents et la volonté d'y oeuvrer à long terme seraient également des facteurs de réussite importants. Idéalement, ces agents devraient donc être d'origine locale, ce qui est difficile à réaliser vu le très faible nombre d'infirmiers et de sages-femmes issus de la sous-préfecture.

La viabilité économique des privés sous contrat peut aussi passer par le partage d'un infirmier (ou infirmière ou encore sage-femme) entre deux ou trois villages, avec par exemple un cabinet dans un village et des consultations bi- ou trihebdomadaires dans le(s) autre(s) village(s). Deux zones se prêteraient a priori bien à de tels services semi-privés ou communautaires: Toui PK et Toui Gare au nord-est de la sous-préfecture, et Kilibo Gare¹, Yaoui, Kombon et Idouya au centre-est de la sous-préfecture. Les agents devraient disposer d'une petite moto et se montrer très mobiles.

La première zone comporte deux villages officiels et de nombreux villages, hameaux campements *peul* et fermes isolées. Elle est surtout peuplée de colons agricoles récents d'origine très diverse. Elle est actuellement desservie par le CCS de Toui et l'hôpital Saint-Martin, mais avec de faibles taux d'utilisation du fait d'une mauvaise accessibilité (14 % en 1994). En 2000, la population de cette zone est estimée à au moins 5'300 personnes. Le centre de santé pourrait être installé à Toui PK, beaucoup plus éloigné de tout centre de santé que Toui Gare, avec une consultation à Toui Gare et à Ayétoro, sur l'Okpara. En plus de ces trois villages, la vaccination en stratégie avancée pourrait aussi être organisée à Sokoroko et à Toui VAP. Il conviendrait toutefois d'examiner si des consultations bi- ou trihebdomadaires dans le village centre de Toui Gare n'affaibliraient pas trop le CCS de Toui, où les habitants de Toui Gare constituent un cinquième des nouveaux cas en 1994.

La deuxième zone où un agent de santé communautaire mobile serait utile est actuellement officiellement desservie par les CCS de Kilibo et Kokoro. En fait, presque trois cinquièmes des

¹ Ce village est l'un des seuls de la sous-préfecture à ne pas disposer d'UVS. Les accouchements s'y déroulent souvent à domicile.

nouvelles consultations relevant de cette zone ont été effectuées à l'hôpital Saint-Martin. En 1994, les taux d'utilisation totaux pour ces quatre villages vont de 5 % à 14 %, tous services formels confondus. En 2000, la population estimée de cette zone est de 4'800 personnes. Des quatre villages, Yaoui est le plus gros et le plus central, avec un accès direct à la route goudronnée. Ce serait probablement le lieu idéal d'implantation d'un centre communautaire, d'autant plus que les habitants viennent d'y bâtir un nouvelle et vaste UVS qui pourrait abriter l'infirmier. La construction d'un tel centre ne constituerait une concurrence réelle que pour le CCS de Challa Ogoï, déjà peu attractif (en 1994, un sixième des ses nouveaux consultants pour les soins curatifs proviennent de cette zone). Pourquoi ne pas envisager là aussi que l'infirmier du CCS assure une consultation périodique et décentralisée dans les UVS de Gbédé et de Botti Houegbo, villages ayant une accessibilité mauvaise à moyenne au CCS et l'utilisant très peu? Une telle logique de décentralisation maximale existe déjà avec succès pour la vaccination.

De telles propositions impliquent que les autorités sanitaires et les autorités locales cessent de raisonner en termes d'unités administratives étanches, devant impérativement servir de base à toute planification sanitaire. Une commune pourrait ainsi dépendre de plusieurs centres de santé de base (mais un au plus par village) et un centre de santé desservir des villages relevant de deux communes. A un niveau plus élevé, le même problème se pose d'ailleurs pour l'hôpital Saint-Martin, hors de la sous-préfecture et même du département (à 2 kilomètres près!). Il reste officiellement exclu des services devant desservir la nouvelle zone sanitaire comprenant les sous-préfectures de Ouessè, Savé, Glazoué et Dassa-Zoumé, alors qu'il constitue précisément le centre de référence de fait d'au moins toute la sous-préfecture de Ouessè et que pendant la période couverte par cette thèse personne ne fréquentait le lointain hôpital public de Dassa-Zoumé, centre de référence de la zone sanitaire nouvellement créée.

La mise sur pied d'un centre communautaire commun entre plusieurs villages implique également une grande confiance et collaboration entre les villages concernés. C'est cependant plutôt un esprit de rivalité qui prévaut actuellement, rivalité qui s'est à maintes reprises justement manifestée à l'occasion de construction de services de santé publics, au point que l'utilisation de certains d'entre eux a parfois été compromise.

L'existence de nombreuses UVS constitue aussi un autre problème potentiel. Notre option est de miser sur l'installation de thérapeutes professionnels, au lieu d'essayer de revaloriser des secouristes aux compétences si limitées que la population ne les fréquente guère. L'échec des UVS est patent, du moins pour leur composante secouriste, aussi bien dans la sous-préfecture de Ouessè qu'ailleurs au Bénin. Faut-il que les autorités sanitaires nationales en prennent acte officiellement et annoncent aux autorités locales, aux villageois et aux agents villageois de santé que l'expérience a globalement été un échec et qu'il ne lui sera plus donné suite? Faut-il qu'elles ne fassent plus rien (si ce n'est ici ou là, à l'initiative de quelques "résistants" isolés), tout en taisant qu'elles n'y croient plus, que l'expérience est de fait abandonnée, comme cela semblait être le cas durant nos séjours? Faut-il au contraire qu'elles clarifient la situation dans chaque village, cas par cas, et annoncent la fin de l'expérience sauf dans les cas (exceptionnels voire inexistantes dans la sous-préfecture de Ouessè en 1995) où il existe encore un secouriste motivé et actif, soutenu par une demande communautaire forte et concrète? Pour ces rares cas, les autorités sanitaires et leurs agents devraient alors assurer un véritable soutien aux secouristes: recyclage, formation continue, approvisionnement régulier en médicaments essentiels, supervision médicale... Nous préférons laisser ouverte ces questions éminemment politiques.

Par contre, dans les villages désireux de se doter d'un centre communautaire, l'UVS pourrait l'abriter, au moins dans un premier temps, et les agents villageois de santé pourraient seconder l'infirmier, selon des conditions à fixer localement, comme cela a souvent été le cas à l'ouverture de CCS dans des villages disposant déjà d'UVS.

L'attitude à adopter envers les UVS est encore compliquée par le fait qu'elles comportent une double composante, dont l'une reste plus active que l'autre. Nous avons vu que la plupart des femmes accouchent dans leur localité de domicile. Bon nombre sont dépourvues de maternité. Les matrones y jouent donc un rôle important, limitant fortement le nombre d'accouchements sans aucune assistance spécialisée. Leur implication dans les consultations prénatales est par contre de plus en plus marginale. Il est aussi à se demander si la présence de matrones actives dans les villages sans maternité, mais proches d'elle, ne détournent pas les femmes enceintes d'un personnel plus qualifié. Très utile lorsque l'alternative se situe entre l'UVS et l'absence de consultations prénatales suivie d'un accouchement à domicile, la présence d'une matrone l'est peut-être moins lorsque le choix se situe entre l'UVS et la maternité.

Dans quelques communes de la sous-préfecture, la collaboration entre la sage-femme et les matrones est exemplaire: la sage-femme effectue de temps en temps les consultations prénatales avec les matrones, dans leurs UVS, et les matrones envoient les femmes enceintes une fois par grossesse à la consultation prénatale de la maternité. Mais cela repose plus sur des initiatives personnelles que sur des rapports formalisés entre les CCS et les UVS qui en dépendent. De sorte que l'appui apporté aux matrones est très variable dans l'espace et le temps et que, globalement, la motivation et la qualification des matrones s'estompent progressivement. Au moins dans les villages les plus éloignés de toute maternité, l'activité des matrones devrait être encouragée, selon l'exemple ci-dessus, pour les consultations prénatales avec référence des cas à risque, les accouchements sans risque prévisible et la sensibilisation à la vaccination.

En complément à l'hypothétique extension de l'offre aux villages de la sous-préfecture dépourvus de services de santé modernes, il est possible d'augmenter l'accessibilité des services existant. Il ne s'agit plus ici de diminuer la distance physique entre un malade et un service de santé en multipliant le nombre de ces derniers, mais de diminuer la distance-temps, la distance-effort, voire la distance-coût, par une augmentation de la mobilité des malades. Cela passe par la réfection et l'entretien régulier des pistes et des petits ponts, afin d'assurer une desserte permanente, sûre et rapide des villages officiels et des principaux villages non officiels de la sous-préfecture. La piste menant à Idadjio est coupée environ cinq mois par an par les crues de la Beffa. La construction d'un pont carrossable semble irréaliste actuellement, en raison de son prix. Des solutions plus légères sont peut-être envisageables, comme un dalot ou une passerelle suspendue cyclable.

Des pistes en bon état favorisent de plus la desserte par les taxis et maintiennent une certaine pression sur leurs prix (plus de concurrence et coûts d'exploitation plus bas). Quelques villages de la sous-préfecture ne sont pas encore quotidiennement desservis par les taxis. Ils sont tous dans une situation périphérique, souvent en bout de piste. Ces villages ne seront desservis que s'ils deviennent tête de ligne, ce qui implique qu'un entrepreneur ou une association locale achète un taxi et l'exploite. Il serait alors possible de quitter chaque matin le village et d'y revenir en fin de journée. Un bon état des pistes devrait contribuer à l'émergence de telles initiatives. La suppression des "postes de péage" illégalement tenus par la police sur les itinéraires des taxis devrait également contribuer à la mobilité de la population en comprimant le coût des trajets. Un moindre mal serait la transformation de ces prélèvements en des taxes officielles dont les recettes serviraient à l'entretien de la voirie.

Il va sans dire qu'une voirie en bon état et desservie par de nombreux taxis est aussi particulièrement utile pour les évacuations sanitaires. Son utilité dépasse de plus très largement les seuls aspects sanitaires. Elle concerne également tous les échanges de biens et personnes, notamment la commercialisation de produits agricoles, dont la sous-préfecture est exportatrice. La question cruciale est de savoir qui doit réparer les ponts détruits et entretenir les pistes, et avec quels moyens. Nous avons observé que l'Etat et la coopération internationale

n'interviennent en la matière que très ponctuellement et irrégulièrement dans la sous-préfecture de Ouessè, que les maigres services de la sous-préfecture ne font rien, tout comme les autorités et la population locales. Tout au plus quelques troncs sont-ils jetés sur les ponts vitaux endommagés par les crues pour en prolonger l'utilisation, trop tardivement d'ailleurs pour les sauver.

Ces dernières années, l'OCBN a fermé de nombreuses petites gares et supprimé les arrêts correspondants, dont celle de Papané desservant notamment l'hôpital Saint-Martin, et celle de Toui PK. L'unique train de jour quotidien (dans les deux directions) n'est plus d'aucune utilité sanitaire pour la sous-préfecture, notamment pour trois villages du nord-est localisés le long de la voie ferrée et ignorés des taxis car éloignés de la route goudronnée. Son doublement par un second train permettrait de créer une véritable liaison directe pour les longues distances et une liaison omnibus. Un horaire bien étudié couplé avec le rétablissement des arrêts dans les gares désaffectées désenclaverait maints villages et leur donnerait un accès direct à l'hôpital Saint-Martin, sans parler des bénéfices non sanitaires de ce désenclavement.

Comme nous l'avons relevé dans l'introduction, la disponibilité des services de santé comporte une dimension temporelle. Plus que la présence ou l'absence d'un bâtiment, c'est la disponibilité des soins qui compte. Construire un service de santé pour ne pas le doter en personnel constitue un gaspillage énorme. La gestion du personnel par la Direction départementale de la santé semblait souvent déficiente, de sorte que deux dispensaires et une maternité sont restés environ une année et demie sans infirmier après le départ des titulaires. Des périodes passagères de sous-effectif du personnel paramédical du CSSP de Ouessè ont aussi été observées. Même s'il convient de rappeler, à la décharge de la Direction régionale et du Ministère de la santé, que les problèmes les plus graves sont intervenus à l'époque de fortes compressions des effectifs de la fonction publique, ces événements prévisibles devraient être anticipés, au besoin en engageant temporairement des agents auxiliaires payés sur le financement communautaire. Nous avons de plus relevé au début de cette thèse de notables disparités de couverture sanitaire entre les départements. Plutôt que de demander à chaque Direction régionale de gérer son éventuelle pénurie d'agents, une vision d'ensemble s'impose, qui implique peut-être un redéploiement des agents de santé à l'échelle nationale.

Le COGEC du CCS de Gbanlin devrait envisager l'engagement d'un aide-soignant et d'une matrone locaux. Ce CCS enregistre la plus forte activité curative et vaccinale de la sous-préfecture, alors qu'il est le seul à ne pas disposer de personnel auxiliaire. Ce dernier est particulièrement utile pour maintenir la continuité des soins pendant les absences plus ou moins longues des agents de santé (stratégie avancée, comité de direction au CSSP, congé de maladie, vacances annuelles...). Afin de décharger l'infirmier du CCS de Gbanlin, le CSSP devrait assurer la vaccination en stratégie avancée dans la commune d'Odougba, qui dépend d'ailleurs officiellement de lui.

b) Accessibilité économique

Dans la sous-préfecture de Ouessè, toute diminution du coût d'utilisation d'un service de santé, que ce soit celui des soins ou celui du transport, entraînera une augmentation de sa fréquentation. Comme le relèvent Akin et Hutchinson (1999), la gratuité ou la modicité des prix (de même que la proximité) ne suffisent pourtant pas à attirer la plupart des utilisateurs potentiels si la qualité des soins est nettement inférieure que dans un service concurrent.

Le financement communautaire semble un acquis¹ irréversible au Bénin. La tendance actuelle serait plutôt à un accroissement de la part communautaire dans le financement global des services de santé publics. Il s'agit donc plus de maintenir les tarifs actuels ou de limiter l'augmentation des coûts pour l'utilisateur que d'envisager leur compression. Pour ce faire, la marge de manoeuvre est limitée. Elle passe au moins par une rationalisation des prescriptions, notamment le respect des ordinogrammes, et par une augmentation de la fréquentation des services de santé, ce qui augmenterait le rendement du personnel et les recettes.

Peut-être plus encore que la faible capacité économique des ménages, c'est la difficulté à réunir rapidement des sommes importantes au regard des revenus, par ailleurs très irréguliers, qui limite l'accès aux soins formels. Au moins deux voies sont à explorer, qui offrent l'avantage d'être déjà utilisées sectoriellement au Bénin: les mutuelles de santé et la tarification forfaitaire. Au Bénin comme en Afrique subsaharienne, les expériences de prépaiement des soins, souvent sous forme de mutuelles de santé locales ou régionales s'accumulent (MOENS, 1990; CRIEL, 1993; ARHIN, 1994; NOTERMAN, CRIEL, KEGELS [*et al.*], 1995; BROUILLET, 1997; NACOUUMA et PETITJEAN, 1997; CRIEL et VAN DORMAEL, 1999). En fonction du souhait des adhérents, elles peuvent couvrir l'ensemble des besoins de santé ou une partie d'entre eux, comme les hospitalisations ou les seuls besoins courants. L'appui des mutuelles sur des structures locales, comme des associations, constitue un facteur de succès. L'avantage de ces assurances est double. Elles permettent d'une part de répartir les risques et, d'autre, part de prélever les cotisations en une fois, à l'époque où les paysans ont le plus d'argent. Ce pourrait être après la récolte du coton dans la sous-préfecture de Ouessè.

Brunet-Jailly (1993a) propose l'institution d'un paiement unique par épisode, à un tarif unique, couvrant la totalité des soins, y compris l'hospitalisation. Il voit deux avantages à cette tarification forfaitaire:

- la prévisibilité des coûts et, s'ils sont jugés acceptables, la possibilité d'aller jusqu'au bout du traitement; la continuité des soins constituant une dimension essentielle des soins;
- la redistribution du coût des soins entre les malades ou les familles. C'est une forme d'assurance, alimentée seulement par les malades qui consultent plutôt que par toute la population à risque. Cette modalité de paiement serait celle qui permet le mieux à chaque malade de recevoir les soins que nécessite son état (principe d'équité).

Avec ou sans prépaiement et tarification forfaitaire se pose toujours le très délicat problème des indigents. Chaque comité de gestion devrait le résoudre localement. Une proposition souvent avancée, mais rarement réalisée, serait l'établissement d'une liste périodiquement révisée de personnes ou ménages bénéficiant de la gratuité des soins.

c) Acceptabilité

Nous n'avons pas relevé dans la sous-préfecture de Ouessè de refus de principe des soins de santé modernes (à l'exception peut-être de certains adeptes de l'Eglise du christianisme céleste pensant que l'église remplace avantageusement le dispensaire). La population fait au contraire preuve d'un grand pragmatisme et, au besoin, toutes les possibilités de guérison seront testées, en commençant par les recours modernes dès que le traitement quitte la sphère familiale.

Les conditions dans lesquelles les soins modernes sont dispensés sont par contre parfois jugées inacceptables. Cela est particulièrement vrai pour les *Peul*, qui se plaignent souvent d'un

¹ Sans connotation positive attachée à ce terme.

mauvais accueil dans les services de santé publics. Les *Peul* ne rejettent pas les soins modernes, comme l'atteste leur forte utilisation d'une clinique privée et de l'hôpital Saint-Martin. Leur faible utilisation globale des ressources sanitaires découle aujourd'hui largement du mauvais accueil qu'ils ressentent dans les services de santé publics, de loin les plus accessibles. Le problème est particulièrement sensible pour les maternités, du fait des règles de pudeur des *Peul*, qui les retiennent souvent de se dévêtir. Il convient de respecter, tant que faire se peut, cette attitude de pudeur, plutôt que de railler les femmes ou de les brusquer, comme cela est trop souvent le cas.

Les *Peul* constituent aussi un groupe à risque pour la vaccination. La rougeole semble d'ailleurs plus fréquente dans leurs campements qu'ailleurs. Ici encore, il n'y a pas rejet culturel de la vaccination, mais une absence de stratégie avancée dans les campements *peul* alliée à une réticence à fréquenter les services de santé, pour les raisons évoquées ci-dessus. Il conviendrait, comme a commencé à le faire le CSSP en 1994, d'inclure systématiquement les principaux campements *peul* dans les tournées de vaccination en stratégie avancée.

D'une manière générale, l'accueil est plus problématique dans les maternités que dans les dispensaires, car le personnel y est plus sollicité à toute heure du jour et de la nuit. Dans la mesure où la charge de travail est intrinsèquement irrégulière et que des raisons financières empêchent l'engagement d'une deuxième sage-femme dans les maternités de CCS, les conditions de travail resteront difficiles. Mais les récriminations touchent aussi la maternité du CSSP, où existe pourtant un tour de garde entre les sages-femmes. Peut-être parce que la rotation des sages-femmes y est parfois trop lente (même si semble-t-il elles ont elles-mêmes imposé le rythme des gardes, pour se ménager de très longues périodes de repos). Surtout lorsque la maternité ne dispose plus que de deux sages-femmes, il arrive qu'elles soient de garde jusqu'à une semaine d'affilée. Dans ces conditions, il leur est difficile d'être avenantes lorsqu'une parturiente les réveille au milieu de la nuit. Les périodes de repos devraient donc être plus équilibrées et tenir compte aussi de leur implication sur l'accueil des patientes.

Les relations entre certains agents de santé publics et la population sont parfois mauvaises, ce qui se répercute sur la fréquentation des services. Ces cas devraient être examinés avec beaucoup plus d'attention par le médecin-chef de la sous-préfecture. Si c'est l'attitude, le comportement ou les compétences de l'agent qui sont en cause, des mesures s'imposent (conseils, ferme mise en garde, recyclage et sanctions réelles pour les cas graves). Il convient de veiller à ce que ces dernières ne soient pas de simples mutations, surtout pas vers un poste qui pourrait être plus enviable. Pour les cas extrêmes, des renvois de la fonction publique devraient pouvoir être envisagés. Si les difficultés relationnelles résultent d'une "incompatibilité" entre la population et l'agent, dont ce dernier ne serait pas directement responsable, sa mutation doit être envisagée (il doit alors clairement être explicité qu'il ne s'agit pas d'une sanction). Peut-on, comme à Djegbé, maintenir indéfiniment en poste le même agent, alors que le malaise est patent... et que la fréquentation du CCS stagne à une centaine de nouveaux cas par an?

Le comportement de certains agents non soignants du CSSP de Ouessè devrait être mieux contrôlé par la direction. Ils dissuadent l'utilisation de l'hôpital ou la rende inutilement pénible.

d) Commodité d'utilisation

Les horaires d'ouverture des services de santé formels sont mal adaptés aux besoins de la population. Les adultes travaillent environ de 8 à 18 heures, souvent à l'extérieur des villages (agriculteurs, transporteurs, une partie des commerçants). C'est précisément quand ils rentrent à la maison et y trouvent parfois un enfant malade que ferment les services de santé. Reste alors l'inaction thérapeutique momentanée, l'automédication ou un éventuel privé. Il conviendrait

donc d'envisager l'allongement de la pause de midi (la demande est très faible en début et milieu d'après-midi) et de reporter la fermeture des dispensaires à 19 heures. Il faut de plus être bien conscient que la santé et les soins qu'elle requiert ne sont ni l'unique ni la première priorité de la population. Il est légitime qu'un adulte, tombé malade aux champs, ou même qui, un peu malade, est tout de même parti travailler aux champs, souhaite se faire soigner à son retour. Les agents de santé admettent mal une telle attitude, probablement jugée dévalorisante pour eux.

Aucune modification d'horaire n'est par contre nécessaire à l'hôpital Saint-Martin, utilisé surtout à titre exceptionnel pour les cas les plus graves. Une visite dans cet hôpital souvent lointain se planifie en effet au moins la veille et l'on s'y rend dès le matin, conscient de devoir y consacrer une journée. La pause de midi y est raccourcie à une heure, afin de ne pas faire trop attendre les patients et de leur permettre de rentrer avant la nuit.

e) **Système de soins et système de référence**

Gish (1973) affirme avec pertinence qu'il est inutile de construire de nouveaux hôpitaux régionaux ou nationaux si le système de référence ne fonctionne pas. Phillips (1990) relève qu'un centre de référence ne peut jouer son rôle sans des liens et une coordination étroits avec la communauté où il est implanté. Il pense que l'accessibilité, l'efficacité et l'image des centres de référence seraient considérablement renforcées si on leur assignait une aire d'attraction précise, s'insérant dans un cadre régional. Force est cependant de reconnaître que tous les services de santé publics du Bénin bénéficient déjà de telles aires d'attraction hiérarchisées couvrant tout le pays, ce qui ne les empêche souvent pas d'avoir une efficacité et parfois aussi une accessibilité médiocres. Ces aires d'attraction sont des créations officielles superposées aux découpages administratifs du pays. Or notre thèse a démontré qu'une aire d'attraction réelle ne se décrète pas et que le système de référence officiel ne fonctionne pas dans la sous-préfecture de Ouessè.

Faire coïncider au mieux les aires d'attraction officielles et réelles nécessite de :

- calquer dès sa création l'aire de santé officielle sur l'aire de recours au soins effectif de la population (son espace de soins);
- donner à chaque niveau de services de santé les moyens de remplir les missions qui lui sont assignées, tout en veillant à ce que ces dernières répondent largement aux besoins de la population à desservir.

La création d'une vaste zone sanitaire incluant quatre sous-préfectures du nord-est du Zou dont celle de Ouessè, ne va pas dans ce sens. Le CSSP de Dassa-Zoumé a été promu au rang d'hôpital de référence pour cette zone sanitaire. Même s'il est plus proche de l'agglomération de Ouessè que le CSD d'Abomey, ancien hôpital de référence (124 kilomètres contre 210), nous ne pensons pas qu'il aura plus de succès que lui. Les malades référés ou autoréférés continueront à se rendre à l'hôpital Saint-Martin, parce qu'il a fait ses preuves depuis longtemps et qu'il ne se trouve qu'à 45 kilomètres. Sommet de la pyramide sanitaire nationale, le lointain CNHU est et restera pour longtemps encore en dehors de l'espace de soins des habitants de la sous-préfecture, à de très rares exceptions près, qui relèvent d'ailleurs de l'autoréférence et non pas de la référence officielle. Il en va de même pour l'espace de soins d'une majorité de la population béninoise. Pas plus que l'ancienne organisation du système de référence le nouveau ne prend donc en compte les comportements effectifs de recherche de soins de la population, et l'on peut d'ores et déjà considérer comme mort-né le système de référence prévu pour la sous-préfecture de Ouessè.

Nous ignorons quel sera le rôle dévolu au CSSP de Ouessè dans la nouvelle organisation sanitaire. Sera-t-il relégué au rang de gros CCS ou conservera-t-il un médecin? Y aura-t-il

encore des hospitalisations en l'absence de médecins? Si la nouvelle organisation sanitaire accorde encore au CSSP un rôle de premier centre de référence pour les CCS de la sous-préfecture, il faudra impérativement que le médecin qui le dessert prenne une part plus active que ses prédécesseurs dans les activités curatives et que le recours à ses compétences constitue un réel saut qualitatif par rapport au premier recours dans un CCS. Comme il paraît peu vraisemblable que les activités chirurgicales du CSSP soient revitalisées avec la nouvelle carte sanitaire du Bénin, le CSSP ne saurait jouer pleinement un rôle de premier centre de référence. Notons que si la nouvelle organisation sanitaire devait s'accompagner de la disparition des médecins au CSSP et au déclassement de ce dernier, cela constituerait une perte importante pour les habitants de l'ouest de la sous-préfecture. On pourrait alors pronostiquer une diminution de la fréquentation du CSSP, au profit de l'hôpital Saint-Martin.

La rareté des ressources sanitaires, le poids du secteur confessionnel, surtout pour les soins secondaires et tertiaires, et l'importance croissante du secteur moderne privé plaident pour l'intégration dans la planification sanitaire nationale des ressources confessionnelles et privées, au moins des principales d'entre elles, qui pourraient devenir des centres de première ou deuxième référence. Même s'il ne saurait s'agir de nationalisation, il est clair que leur insertion dans un système de soins unique impliquera de nouvelles contraintes pour ces services.

Le statut des thérapeutes modernes informels, de plus en plus nombreux et parfois d'une très faible qualification, est plus délicat encore. Sauf erreur, une législation sur l'exercice de la médecine, ainsi que la constitution d'un Ordre des médecins et d'un Ordre des infirmiers et sages-femmes sont à l'étude. Il est important que ce processus aboutisse au plus vite, permettant d'autoriser officiellement les services de santé remplissant des critères explicites, sous le contrôle direct des Ordres et le contrôle indirect du Ministère de la santé. Seuls ces services seraient autorisés à passer les contrats avec les communautés, évoqués plus haut. Nous sommes peu favorable à l'interdiction d'exercer pour les thérapeutes ne remplissant pas les critères minimums pour une reconnaissance officielle (pour être cohérent, il faudrait alors sans doute aussi contrôler et interdire la pratique de la médecine traditionnelle, les thérapies religieuses... et l'automédication!). De plus, un secouriste privé doté de quelques médicaments de base peut se révéler précieux, surtout là où il n'y a pas de services d'un niveau plus élevé. Nous proposons que les thérapeutes officiellement agréés bénéficient d'une plaque officielle et standardisée au niveau national¹, à placarder à l'extérieur de leurs cabinets. Une campagne d'information nationale devrait expliquer la signification de ces plaques et encourager les malades à fréquenter les services publics, confessionnels et privés officiels. L'augmentation d'une offre qualifiée devrait progressivement détourner la population d'une offre peu ou pas qualifiée. Déjà à présent, cette dernière est très peu prise dans la sous-préfecture de Ouessè.

f) Amélioration de la qualité des soins

Haddad et Fournier (1995) pensent qu'après avoir longtemps mis l'accent sur la couverture sanitaire, qui est maintenant de mieux en mieux assurée, il est grand temps d'insister sur les qualités professionnelles et personnelles des agents de santé. Annis l'affirmait déjà en 1981 et Salem (1993) ne disait pas autre chose:

En matière d'allocation des ressources sanitaires, la priorité est moins de multiplier des structures de soins, dont on ne pourrait assurer la qualité du travail, que d'améliorer la crédibilité des soins offerts dans des postes existants et de diversifier l'offre de soins.

¹ Il faudrait une plaque pour les médecins et une seconde, d'une couleur différente par exemple, pour le personnel paramédical.

En termes plus directs, Brunet-Jailly (1993a) préconise également de mettre maintenant l'accent sur la qualité des soins, donc sur la qualification des prestataires de soins:

N'est-il pas temps de songer à éliminer toutes les qualification insuffisantes et les personnels qui n'ont pas les aptitudes pour acquérir les connaissances et les capacités de raisonnement qui définissent l'infirmier diplômé d'Etat (un minimum de compétence en matière de diagnostic et de thérapeutique, la maîtrise de quelques gestes, un minimum de socialisation professionnelle impliquant l'adhésion convaincue et vérifiable à quelques principes déontologiques).

Ce nécessaire changement de priorité s'applique parfaitement à la sous-préfecture de Ouessè, où la couverture sanitaire est actuellement bonne, bien que perfectible. Nous y avons par contre relevé un déficit de l'image des services de santé publics, d'autant plus qu'une comparaison est possible – et très souvent faite! – avec l'hôpital confessionnel Saint-Martin. Contrairement à ce qui a pu être avancé ici ou là, la principale différence perçue entre ces deux établissements porte précisément sur la qualité des soins et l'efficacité thérapeutique, et non pas sur la qualité de l'accueil.

Le Ministère de la santé (1993a) est d'ailleurs bien conscient que "la qualité des soins est le problème crucial" du système de soins public et qu'en général elle est faible¹. Le niveau de formation des infirmiers et sages-femmes est limité alors qu'ils remplissent des fonctions multiples correspondant plus ou moins à celles d'un médecin généraliste en pratique privée en Europe (anamnèse, examens cliniques, diagnostic, prescription, référence, tenue de registres et relevés épidémiologiques, comptabilité, gestion d'un peu de personnel et d'une petite pharmacie², communication de messages de prévention, relations avec les autorités locales en matière sanitaire...). Les fonctions d'un médecin-chef de sous-préfecture sont plus nombreuses encore.

La formation des agents de santé devrait donc mieux prendre en compte la multiplicité de leurs tâches. Elle devrait de plus être prolongée par une véritable politique de formation continue, pour tous les niveaux. Les agents de santé sont conscients de leurs limites, de l'étiollement de certaines compétences personnelles et de l'obsolescence des pratiques médicales. Ils souhaitent donc pour la plupart des cours et stages leur permettant de maintenir et renouveler leurs compétences, parfois excessivement limitées au regard des besoins courants de leurs patients. L'augmentation de la qualification apportée par une véritable formation continue formalisée se doublerait d'un renouvellement de la motivation des agents, dont le seul horizon se limite trop souvent, une fois rentrés dans la fonction publique, à des mutations épisodiques de poste (mais pas de fonction) les rapprochant progressivement du lieu de vie idéal... sans forcément l'atteindre. Elle déboucherait également sur leur revalorisation aux yeux de la population, qui tend aujourd'hui à négliger leur rôle dans l'efficacité d'un traitement, au profit des seuls médicaments. Cette perception de la cure, dont le médicament serait le principal sinon l'unique agent, ne peut que favoriser l'automédication.

La formation continue devrait s'inscrire dans une sorte de plan de carrière permettant une certaine progression de statut et de salaire. Ces derniers sont en moyenne très bas dans la fonction publique et plus bas encore pour les agents recrutés sur le financement communautaire, ce qui introduit d'importantes disparités selon le statut, entre des agents exerçant les mêmes

¹ Une enquête montre en effet que l'examen clinique des malades est rarement fait et les conseils rarement donnés aux mères. Cinquante-neuf pour cent des prescriptions sont incorrectes et non conformes aux ordonnances. La qualité des prescriptions dans les centres de référence n'est pas meilleure que dans les CCS. La prise en charge des déshydratations modérées n'est souvent pas conforme. Les grossesses à risque sont rarement identifiées et mal suivies (MINISTÈRE DE LA SANTÉ, 1993a et 1994b).

² Avec l'introduction des commis, les agents de santé ont été déchargés de la comptabilité et de la gestion de la pharmacie.

fonctions¹. Sous prétexte de financement communautaire et d'accessibilité économique de la population aux soins, il ne faudrait pas reproduire le semi-bénévolat des agents villageois de santé, qui avait été l'une des causes principales de l'échec des UVS. Afin d'augmenter conjointement la motivation du personnel et la qualité de l'accueil et des soins, les actuelles primes forfaitaires "d'encouragement" devraient être remplacées par des primes proportionnelles au volume de certaines activités (nombre de nouveaux consultants, d'accouchements, de femmes ayant effectué au moins trois consultations prénatales et d'enfants entièrement vaccinés). Ces primes ne devraient pas être calculées en fonction de critères comme la vente des médicaments, les analyses de laboratoire ou les hospitalisations, afin de ne pas créer une prescription inutile.

La formation continue doit aussi concerner les techniciens de laboratoire, très isolés dans les CSSP. Celui de Ouessè pratique des analyses limitées en nombre et en diversité et son rendement est faible. Le laboratoire devrait mieux être intégré à la consultation: les infirmiers connaissent mal les analyses disponibles et le parti à en tirer comme outil de diagnostic, ce qui constitue l'une des causes de la très faible demande d'analyses non liées à la transfusion sanguine. Il conviendrait également d'augmenter la polyvalence de certains agents de santé en leur apprenant notamment à effectuer au moins les analyses de laboratoire indispensables à la transfusion. Actuellement, la transfusion n'est plus possible quand le technicien de laboratoire est en vacances, et il faut aller le chercher à domicile en dehors de ses heures de travail.

L'amélioration de la qualité des soins passe également par l'élaboration, la diffusion et l'application (avec un contrôle des connaissances et de l'utilisation effective) de procédures standardisées de diagnostic et de traitement (*guidelines*). Les ordinogrammes constituent un tel outil pour les soins curatifs. Ils sont toutefois très peu utilisés. De plus, leurs équivalents ne semblent pas exister pour d'autres prestations, notamment la SMI. Pour les consultations prénatales par exemple, il a été relevé au Bénin comme au Burkina Faso (SAUERBORN, NOUGTARA, DIESFELD [*et al.*], 1995) la piètre efficacité du dépistage des grossesses à risque et le fait que l'on ne traite pas différemment ces cas que les autres! Le dépistage des grossesses à risque doit d'autant plus être renforcé que les femmes privilégient une logique locale pour les accouchements: à l'UVS de leur village ou au mieux à la maternité du CCS voisin, services devant référer la plupart des grossesses à risque. Au vu de la faible efficacité des consultations prénatales dans les CCS et les CSSP, on peut encore s'interroger sur la pertinence d'en effectuer dans les UVS. Cet exemple montre que des *guidelines* assurant une prise en charge complète et cohérente nécessite aussi un système de référence cohérent et efficace, y compris la capacité d'organiser des évacuations. La disponibilité de liaisons radios entre chaque service de santé et son centre de référence serait d'une grande utilité à cet effet, sans parler des multiples autres avantages (demande d'avis médicaux, rendez-vous pour supervision, convocations, commandes de médicaments, surveillance épidémiologique...).

L'accessibilité à un service de santé desservi par du personnel constitue un préalable. Elle ne prend sens que lorsque ce service délivre efficacement le type de soins dont le malade a besoin. L'accessibilité aux soins devrait être améliorée en donnant les moyens (médicaments adaptés et surtout formation des agents de santé) aux services de santé publics de la sous-préfecture de traiter tous les problèmes de santé couramment rencontrés. Il existe encore de graves lacunes au moins pour l'onchocercose, la tuberculose, les morsures de serpents, la malnutrition, la drépanocytose et les affections uro-génitales².

¹ Après la dévaluation du FCFA, une infirmière engagée sur le financement communautaire gagnait 15'000 FCFA par mois dans la sous-préfecture de Ouessè (environ 37 FS, pour un SMIC officiel à 17'500 FCFA), un commis 10'000 FCFA et un secouriste ou une matrone travaillant à mi-temps 5'000 FCFA. Dans le même temps, un infirmier de la fonction publique gagnait 30'000 à 40'000 FCFA.

² Les lacunes des services de santé publics concernant le diagnostic et le traitement des MST semblent courantes en Afrique subsaharienne. Elles sont notamment signalées au Cameroun (W. KAMM, comm. pers.) et à Ouagadougou pour l'ensemble

Un grave problème de santé publique reçoit nulle part de réponse satisfaisante dans la sous-préfecture de Ouessè, et plus généralement au Bénin et dans beaucoup d'Etats africains: les avortements. Toutes les maternités publiques de la sous-préfecture et même l'hôpital confessionnel Saint-Martin reçoivent régulièrement des demandes, toutes refusées. Selon les sages-femmes, il y aurait beaucoup d'avortements provoqués, dans des conditions désastreuses (femmes pratiquant les curetages en cachette, empoisonnements volontaires avec des médicaments, cliniques à Parakou). Ces avortements seraient surtout le fait d'élèves ne voulant pas interrompre l'école et de jeunes femmes trompant leurs maris, mais nous avons par exemple aussi assisté à la demande d'un couple, dont la femme obèse était une grande multipare dont le dernier accouchement avait été problématique. Les avortements devraient-ils être légalisés sous certaines conditions? C'est un débat de société qui mériterait au moins d'être lancé par les pouvoirs politiques.

L'accessibilité aux médicaments doit aller de pair avec l'accessibilité aux services de santé. C'est actuellement le cas pour la plupart des médicaments de base, à travers un approvisionnement sûr et régulier des pharmacies des CCS et des CSSP, via la centrale d'achat. Cette accessibilité doit impérativement être maintenue. Relevons tout de même au moins deux lacunes importantes dans la disponibilité des médicaments dans les services de santé publics: l'*Ivermectine*, contre l'onchocercose et le sérum antivenimeux. Ce dernier n'est disponible que dans les services disposant d'un réfrigérateur. Chaque CCS devrait réparer son réfrigérateur (Gbanlin) ou en acheter un (Djégbé et Kémon). Un tel équipement est nécessaire non seulement pour le stockage du sérum antivenimeux, dont l'injection doit être aussi rapide que possible, mais aussi pour celui des vaccins. Que ce soit pour la vaccination en stratégie avancée ou en maternité, bon nombre d'agents de santé doivent actuellement d'abord aller chercher les vaccins au CSSP ou dans un autre CCS, ce qui est certainement plus coûteux en temps et en argent que le pétrole consommé par un réfrigérateur. De plus, la disponibilité en vaccins est mauvaise dans les maternités de CCS (absence à Gbanlin, Djégbé, Kémon et Challa Ogoï), ce qui constitue l'une des causes de l'absence de vaccination en toute occasion.

Au-delà des diverses prestations offertes par un service de santé, la population se fait souvent une image globale du service, voire de chaque catégorie de services (le secteur public, le secteur confessionnel, le secteur privé moderne, les guérisseurs...). Les maillons les plus faibles de la chaîne tendent à déterminer cette image, si bien que les autres prestations offertes par le service en pâtissent aussi. Ainsi, l'UNICEF (1990) relève que la mauvaise opinion des Béninois sur l'accueil dans les services de santé publics a une répercussion négative sur la couverture vaccinale. Il convient donc d'augmenter la qualité de tous les types de prestations... et de le faire savoir à la population. Nous avons en effet remarqué qu'une partie de la population conservait une image excessivement négative des services de santé publics, correspondant à la triste réalité du tournant des années 1990 (absence de médicaments dans les services, médicaments très chers...).

g) Contrôle des activités du personnel

Si l'efficacité thérapeutique des soins repose sur la qualification et la motivation des agents de santé, elle dépend aussi de leur honnêteté. Cette dernière devrait mieux être contrôlée par les médecins-chefs. Quelques actes graves, contraires à toute éthique médicale, nous ont été rapportés, comme l'injection d'une solution salée au moyen d'une seringue usagée à un patient mordu par un serpent, après le vol de la seringue neuve et de l'ampoule de sérum antivenimeux achetées par le patient à la pharmacie du CSSP. Des mises en garde préventives, des contrôles

plus serrés, y compris des aides-soignants par les infirmiers, et, au besoin, quelques sanctions exemplaires, devraient clairement indiquer au personnel de santé une ligne rouge à ne pas dépasser.

L'introduction des commis a soudainement doublé ou triplé les recettes des centres de santé (J.-P. EPAILLARD, comm. pers.). Même si une partie en est imputable à l'augmentation de la fréquentation relevée en 1994, dans la sous-préfecture de Ouessè du moins, cela montre bien que le système de soins public est soumis à un important coulage. Il s'agit plus du non enregistrement de patients ou de prestations accompagné de la vente des médicaments personnels de l'agent de santé que de détournements, plus difficiles à masquer, de recettes issues de la vente des médicaments officiels. L'usage voulant que les anciens cas ne soient pas enregistrés en bonne et due forme est la porte ouverte aux abus.

h) Education à la santé

Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif final est l'amélioration de la santé de la population, pas l'augmentation en soi de l'utilisation des services de santé, qui ne constitue qu'un des moyens d'atteindre cet objectif. Un autre moyen privilégié consiste en l'amélioration de la capacité de la population de promouvoir sa santé et de prendre en charge la maladie. Nous avons vu que les habitants de la sous-préfecture de Ouessè considèrent que la santé et la maladie sont d'abord du ressort des ménages et des familles. Cela s'exprime par la prise de tisanes à but préventif et surtout par un recours massif à l'automédication. Dans les faits, la population montre une grande capacité globale à gérer la maladie, en s'appuyant sur un savoir profane étendu, sinon toujours très efficace. Même si elles ne sont pas toujours optimales d'un strict point de vue thérapeutique, les décisions prises sont rationnelles au regard du système étiologique local et des contraintes subies.

Il convient donc de ne pas faire table rase de l'énorme potentiel que constitue cette volonté et cette capacité de prise en charge autonome de la maladie. Il faudrait au contraire l'encourager, tout en la renforçant et en l'orientant. Cela passe par un énorme travail éducatif en vue de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et d'assurer les soins de base. Ce dernier point semble actuellement mieux maîtrisé que les deux précédents.

Les services de santé ont indéniablement un rôle important à jouer dans cette éducation à la santé. Mais elle implique au préalable le développement d'un concept global d'éducation à la santé en concertation entre le Ministère de la santé publique et celui de l'éducation nationale. Une formation spécifique devrait ensuite être dispensée aux agents de santé, incluant une véritable sensibilisation à leur fonction d'agent de santé publique (dans la pratique, les soins curatifs dominent encore très largement). Tout comme pour les aspects curatifs, une formation continue devrait compléter cette formation de base. Un enseignement à la santé formalisé devrait aussi être introduit dans les écoles primaires et secondaires. Des campagnes nationales contre le SIDA ont déjà recouru aux médias de masse (radio, télévision, panneaux d'affichage). Elles pourraient être étendues à de nombreux autres thèmes. Les radios rurales, présentes dans quelques sous-préfectures dont celle de Ouessè, offrent un énorme potentiel de diffusion de messages sanitaires très variés, sous forme par exemple d'un rendez-vous hebdomadaire. Ces radios ont un bon taux d'écoute car elles utilisent la langue maternelle des auditeurs, font intervenir des personnes connues, diffusent des musiques et des reportages régionaux, ainsi que des messages personnels. L'avantage de ce média pour l'éducation à la santé est la proximité, la possibilité de cibler les priorités régionales, la bonne pénétration dans tous les milieux et un faible coût.

A titre d'exemple, la vaccination, l'utilisation des médicaments en automédication, la prévention du paludisme, la malnutrition et l'offre de soins formels pourraient constituer les premiers thèmes d'émissions de santé à la radio locale de Ouessè.

Il est frappant de relever les profondes lacunes dans les connaissances relative à la vaccination (but recherché, connaissances des maladies du PEV, séries vaccinales, effets secondaires¹, calendrier vaccinal...). Une meilleure connaissance des risques liés à l'automédication diminuerait la banalisation de la consommation de médicaments et améliorerait la sécurité du recours aux médicaments modernes en automédication. Il ne s'agit pas d'encourager cette dernière, en indiquant le traitement et sa posologie pour chaque maladie, mais de mettre en évidence les risques liés, par exemple, aux délais de péremption dépassés, au stockage des médicaments au soleil ou hors réfrigérateur pour ceux qui le nécessitent, aux injections, aux trop brefs traitements par antibiotiques... En augmentant les exigences des consommateurs, ces connaissances maintiendraient une certaine pression sur les vendeuses (péremption, stockage).

L'étiologie scientifique du paludisme et les moyens de le prévenir sont mal connus de la population. Ici encore, la radio locale constituerait un précieux outil d'information, dont le message devrait être relayé par les agents de santé lors des consultations pour paludisme et lors d'interventions avec les COGEC visant l'amélioration de la salubrité des villages. La malnutrition constitue un problème de santé publique prioritaire, pourtant largement négligé par les parents et même par les agents de santé. Une campagne de sensibilisation accompagnée de conseils nutritionnels et d'une invitation à prendre contact avec le centre social ou les services de santé s'impose (après avoir mis à jour les agents sur le sujet!). Afin de montrer que le système de santé constitue un tout cohérent où différents acteurs collaborent étroitement, cette campagne incluant plusieurs émissions radiophoniques devrait être préparée conjointement par le centre social et le médecin-chef. Dans le même esprit, d'autres thèmes devraient être abordés en collaboration entre le CSSP, les CCS, l'hôpital Saint-Martin, le centre social, les privés officiellement reconnus, les dépôts pharmaceutiques, les COGEC et COGES ou les écoles de la sous-préfecture.

Une partie des émissions radiophoniques devrait encourager l'utilisation des services de santé formels en fournissant des informations sur l'offre et les modalités de leur utilisation (nature et utilité des prestations dispensées, horaires, système de tarification et tarifs, déroulement d'une consultation type, prise en charge des urgences, documents d'information sanitaire remplis et dans quels buts, y compris les carnets de santé et la quittance, organisation des hospitalisations et horaires des visites...).

En fin de l'émission hebdomadaire, un moment pourrait être réservé aux communications sanitaires, comme le calendrier de la semaine pour la vaccination en stratégie avancée, la convocation pour la réunion mensuelle du comité de direction au CSSP (rassemblant tous les infirmiers et sages-femmes de la sous-préfecture), des comptes-rendus de réunions de COGEC et COGES...

La coercition dans le but de contraindre la population à utiliser certaines prestations des services de santé publics jugées bénéfiques pour les mères et leurs enfants reste pratique courante (amendes, reproches, menace de ne pas délivrer d'autres prestations, rétention du carnet de santé, refus du certificat de naissance). Elle semble encore socialement assez bien admise (peut-être parce que les premières victimes en sont les femmes?), facile à mettre en oeuvre et efficace à court terme. Qu'en sera-t-il à l'avenir, avec un niveau d'éducation croissant

¹ Une enquête de l'UNICEF (1990) au Bénin montre que trois quarts des parents dont les enfants ont eu une réaction post-vaccinale ne savaient pas qu'il pouvait y avoir de telles réactions.

et peut-être une réelle concurrence des privés en matière de SMI? Que se passera-t-il le jour où ces contraintes ne seront plus de mise, sans qu'une autre motivation ne les ait remplacées? Quoi qu'il en soit, il convient d'abandonner ces méthodes d'un autre temps et de respecter le libre arbitre (informé) des individus et des ménages. La coercition va en effet à l'encontre de la responsabilisation et de l'autonomie des individus et des communautés recherchées à travers la gestion et le financement communautaire de la santé.

Tout se passe aujourd'hui comme si, pour inciter les femmes à recourir à la SMI, la coercition devait remplacer l'absence d'une image positive des maternités. Elle y est largement parvenue, mais dans le même temps elle a entravé et gêne encore l'émergence d'une telle image. Pour utiliser de tels procédés, les sages-femmes et les autorités sanitaires et locales seraient-elles si peu persuadées du bénéfice des consultations pré- et post-natales et des accouchements en maternité? Manqueraient-elles d'arguments et de force de persuasion? Un des effets – pervers mais bien commode pour certains – de la coercition est qu'elle évite toute remise en question, notamment de la qualité des prestations fournies et de leur apport réel sous leur forme actuelle.

L'éducation à la santé devrait favoriser le passage d'une logique de coercition à une logique d'adhésion aux prestations de SMI. Cette éducation n'a toutefois de sens qu'accompagnée de mesures positives, renforçant l'attrait intrinsèque des maternités. L'ouverture d'un bloc opératoire au CSSP de Ouessè, visant notamment la prise en charge des césariennes et des grossesses extra-utérines de l'ouest de la sous-préfecture, a constitué un pas important dans cette direction.

Nous ignorons cependant quelles perspectives ouvrent l'inclusion de la sous-préfecture dans la nouvelle zone sanitaire; ce d'autant plus qu'après un timide mais rassurant démarrage, l'expérience de la chirurgie à Ouessè semble avoir tourné court. Un potentiel modeste mais suffisant d'opérations existe dans l'ouest de la sous-préfecture¹. Vu l'isolement de cette région, un service de chirurgie local serait d'une réelle utilité pour la santé publique et un véritable soulagement pour la population. Mais la condition sine qua non de sa viabilité et de son utilité réside dans la capacité à assurer une permanence chirurgicale sans faille, apte à prendre en charge les urgences en plus des opérations programmées. Cela implique l'affectation à Ouessè de deux médecins compétents en chirurgie, entourés de collaborateurs stables et formés (ou à former) comme instrumentistes et anesthésistes. Encore faut-il que cette équipe gère son emploi du temps, y compris ses week-ends et ses vacances, de manière rigoureuse, afin d'assurer la permanence des soins nécessaires. C'est semble-t-il cette incapacité à prendre en charge les urgences chirurgicales qui a conduit à l'étiollement de la chirurgie au CSSP de Ouessè. On le voit, les exigences requises pour la pérennité d'une permanence chirurgicale à Ouessè sont élevées et ne semblent pas correspondre aux principes de la nouvelle planification basée sur les zones sanitaires.

Un moyen terme envisageable serait le passage, hebdomadaire par exemple, d'une petite équipe venant de l'hôpital de référence pour effectuer au CSSP des opérations programmées. Cette option paraît toutefois coûteuse, pour une utilité limitée. Ces cas-là vont déjà sans trop de problèmes à l'hôpital Saint-Martin. Cette antenne chirurgicale risquerait de plus d'affaiblir la permanence chirurgicale de l'hôpital de référence, qui sera par ailleurs déjà assez difficile à organiser, si l'on en croit l'expérience des CHD.

¹ Jamais les patients de l'Est n'utiliseront le bloc du CSSP, à moins que sa réputation soit confirmée et que les prix y soient inférieurs à ceux pratiqués à l'hôpital Saint-Martin.

i) Une approche multisectorielle

La seule diffusion de messages de promotion de la santé et de prévention n'implique pas forcément des modifications dans les attitudes et les comportements. Le passage de la connaissance à la mise en pratique est souvent problématique. Il ne faut le plus souvent pas s'attendre à des résultats spectaculaires et immédiats. Là où cela est possible, l'exemple doit aussi venir des pouvoirs publics et des autorités sanitaires, notamment en débouchant les caniveaux servant de gîtes aux anophèles, en faisant combler les excavations dans et autour des villages, en faisant respecter un minimum de règles pour la gestion des déchets et des excréments. La gestion des déchets dans les services de santé publics et la propreté de ces derniers sont insatisfaisants et constituent des contre-exemples pour la population.

Ces quelques exemples montrent que la santé publique n'est pas du seul ressort du Ministère de la santé publique et de ses agents, d'autant plus que leur approche reste largement curative. Nous avons déjà évoqué le rôle des Travaux publics dans l'amélioration de l'accessibilité des services de santé. Nous avons aussi signalé celui du Ministère de l'éducation, à travers les écoles primaires et secondaires, et celui du Ministère des Affaires sociales, à travers les centres sociaux. L'approvisionnement durable en eau potable de chaque village constitue peut-être le meilleur exemple de priorité de santé publique dépassant les attributions du secteur sanitaire public. Bien acceptée par la population qui y trouve un approvisionnement tout au long de l'année et à proximité immédiate, la réalisation de forages ou de puits avec margelles permet d'éviter de nombreuses maladies, en plus de sa finalité première. Les investissements pour la santé de l'Etat, de ses partenaires étrangers et des communautés ne devraient pas se focaliser presque exclusivement sur la réalisation d'infrastructures médicales, comme c'est trop souvent le cas.

Le PMSBS l'a bien compris, qui, parallèlement à la construction et à la rénovation des infrastructures sanitaires de la sous-préfecture de Ouessè, y a réalisé avec un autre organisme des forages dans presque tous les villages et des latrines près des services de santé et des écoles. Depuis une dizaine d'années, plus rien n'a été entrepris en la matière dans la sous-préfecture, à l'exception de l'adduction d'eau potable de Kilibo. Si bien qu'aujourd'hui un certain nombre de pompes sont hors d'usage, que des villages de colonisation agricole n'ont aucun équipement hydraulique, que l'unique puits cimenté de Toui PK est très insuffisant en saison sèche, que des latrines publiques ont été condamnées ou "privatisées". Le PMSBS avait bien prévu une structure permettant de réparer les pompes (dépôt de pièces détachées, artisan formé responsable...). Elle a rendu d'éminents services, mais semble aujourd'hui moins fonctionnelle, à la suite du décès de cet artisan, d'un certain désengagement du PMSBS, mais aussi de problèmes de gestion propres à chaque village (voir Le Meur et Adjinaou (1998) pour l'exemple de Gbanlin). La situation hydraulique de la sous-préfecture de Ouessè devrait donc être réévaluée à la lumière des besoins actuels en eau potable et les mesures nécessaires prises pour remédier aux déficiences, plus qualitatives que quantitatives.

Au sein même du Ministère de la santé, une approche plus globale de la santé serait nécessaire car:

Malgré les déclarations d'intention qui prônent d'accorder la primauté à la médecine préventive, il faut bien admettre que, dans les faits, l'Etat continue de ne s'impliquer réellement que dans la médecine curative, se déchargeant pratiquement sur l'aide bilatérale et multilatérale qui finance les programmes de prévention (UNICEF, 1991).

Il convient de plus d'éviter une tendance à la sectorisation des activités, avec des programmes spécifiques, impliquant des intervenants particuliers pas toujours rattachés au Ministère de la santé (onchocercose, malnutrition, lèpre, dracunculose). Dans la sous-préfecture de Ouessè, cette sectorisation a conduit les agents de santé publics à se désintéresser de la malnutrition et de la

dracunculose, considérés comme du ressort du centre social, et de l'onchocercose, prise en charge, surtout pour la prévention, par un vaste projet international.

Au sein des services de santé, une approche plus globale des soins est aussi nécessaire. Les infirmiers ont trop tendance à focaliser leurs maigres examens sur la seule plainte du patient, voire à traiter directement cette plainte sans véritables anamnèse ni examens. L'autodiagnostic peut pourtant être erroné, la plainte initiale en cacher une autre (par exemple un désir de grossesse) et la maladie à l'origine de la consultation s'accompagner d'autres affections (parasitoses intestinales et malnutrition, par exemple pour les enfants). Chaque consultation devrait réellement être l'occasion de vérifier le statut vaccinal des jeunes enfants et des femmes en âge de procréer, et au besoin d'administrer les vaccins manquants. Mais d'importants obstacles sont à lever pour atteindre cet objectif: indisponibilité de vaccins dans la moitié des services, gaspillage car les flacons contiennent vingt doses alors que seule une ou deux vont être utilisées dans la journée et le reste jeté, réticences des agents face à une augmentation de leur charge de travail et à la modification d'une organisation du travail par activité. Lors de chaque contact, les jeunes enfants devraient également être pesés et le poids inscrit sur la courbe de croissance de son carnet de santé (et des mesures prises, le cas échéant!).

j) Système d'information sanitaire

L'augmentation de l'utilisation des services de santé et l'amélioration des prestations dispensées passe aussi par une meilleure valorisation de la masse de données recueillies en routine et synthétisées chaque mois à travers le système d'information sanitaire national. Remplir ses différents outils constitue une lourde tâche pour un personnel de santé qui n'en voit guère la finalité. Il s'agit donc d'une contrainte extérieure à laquelle il se plie, souvent sans en tirer parti. Nous pensons au contraire que les producteurs d'information sanitaire devraient en être les principaux utilisateurs.

Il convient donc d'apprendre aux agents des CCS et CSSP, y compris aux médecins-chefs, à valoriser à leur niveau une information d'autant plus utile qu'elle reste encore peu agrégée. Pour chaque service, les différents taux de couverture et le rapport entre les nouveaux et les anciens cas devraient par exemple être systématiquement calculés, dans le but d'en suivre l'évolution. Ils devraient de plus faire l'objet d'une comparaison entre les services, notamment dans un but d'émulation. Une analyse rapide des diagnostics devrait attirer l'attention sur les problèmes de santé très fortement sous-notifiés, comme la malnutrition ou l'onchocercose, et sur les anomalies dans certains services (diagnostics ou groupes de diagnostics très sur- ou sous-notifiés par rapport aux autres services de la sous-préfecture). Une analyse similaire devrait être effectuée périodiquement pour connaître la structure par sexe, âge et provenance des utilisateurs. Au moins le médecin-chef de sous-préfecture devrait prendre l'habitude de raisonner en termes de structure de l'information (pourcentages) et non plus seulement en termes d'effectifs.

Le retour d'information devrait aussi être organisée au niveau local, en plus de la feuille RETRO-SNIGS fournissant quelques tendances aux échelles nationale et départementale. Ainsi, le médecin-chef devrait périodiquement confronter son analyse de l'information sanitaire et les conclusions qu'il en tire avec celles de l'agent directement concerné. Là réside le point crucial d'un système d'information sanitaire: il n'a de sens que si ses utilisateurs potentiels ont les moyens et la volonté d'apporter des mesures correctrices aux problèmes qu'il soulève. A ce propos, nous avons parfois relevé un manque de motivation... qui pourrait aussi expliquer pourquoi l'on se contente souvent de répercuter plus haut, après les avoir agrégées, les informations reçues des services périphériques, sans les regarder de trop près. A Ouessè, c'était d'ailleurs un infirmier qui était chargé de faire un rapport de synthèse pour la sous-préfecture en

agrégeant les données des dispensaires et maternités. Peut-être faudrait-il recommander de laisser cette fonction au médecin-chef.

Nous proposons aussi d'enregistrer non plus les cas de maladie, mais les patients, en conservant la distinction entre nouvelles et anciennes consultations. Les relevés épidémiologiques en seraient légèrement appauvris, puisque seule la plainte principale serait enregistrée. Mais cela nous paraît une perte mineure, dans la mesure où les données de services sont de toutes manières inappropriées pour dresser l'état de santé de la population. Elles doivent par contre refléter aussi précisément que possible le niveau d'activité des services et les taux de couverture réels atteints; ce que notre proposition permet de mieux faire. Nous recommandons encore que les anciens cas soient systématiquement enregistrés d'une manière aussi complète que les nouveaux cas. Avec un simple décompte largement sous-évalué, ces cas constituent actuellement une véritable "boîte noire" ne se prêtant à aucun contrôle ni analyse.

Un document de référence ad hoc devrait obligatoirement accompagner chaque patient référé, que ce soit vers le centre officiel de référence ou vers un autre établissement. De même, un retour d'information devrait être formalisé (contre-référence), au moins si le traitement doit être poursuivi dans le service de base. De tels instruments avaient été instaurés au début des années 1990 entre l'hôpital Saint-Martin et les CSSP de Ouessè et Tchaourou. Ils sont rapidement devenus caducs, notamment parce que les documents de contre-référence n'étaient pas récupérés au centre de référence et parce que la référence était de plus en plus fréquemment effectuée par un infirmier, du fait de l'absence ou du désintérêt des médecins des CSSP, pratique que la direction de l'hôpital confessionnel admettait mal. Cet échec montre que la conception de documents pertinents de référence et de contre-référence n'est somme toute qu'un aspect secondaire de l'organisation du transfert et de l'exploitation d'informations entre les niveaux hiérarchiques du système de soins.

Cette thèse s'est penchée sur les comportements de recherche de soins d'une population rurale, au Bénin. Elle a permis d'en décrire les formes et d'en comprendre une partie des déterminants, avec un accent particulier sur leur dimension spatiale.

La contribution de cette thèse à la santé publique se veut double. D'une part, elle débouche sur des pistes visant à augmenter, tant quantitativement que qualitativement, la couverture des besoins par les services de santé modernes, et à améliorer la prise en charge de la santé par tous les acteurs concernés, à commencer par le malade et son entourage. D'autre part, elle tente de démontrer l'importance des aspects spatiaux dans la problématique de l'accès aux services de santé. Encore récemment, dans le premier numéro d'une revue spécifiquement consacrée à la santé en relation avec la dimension spatiale (*Health & Place*), Powell (1995) avait pu déclarer que:

Geographical differences in access to facilities receive little attention as opposed to social class, gender and ethnicity. (...) The overall impression from the medical sociology and health policy texts is that space is of little relevance to the utilization of health care.

Nous espérons que cette thèse aura contribué à infléchir cette impression, aussi bien dans les milieux académiques que chez les praticiens de la santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAM Kolawolé et BOKO Michel, 1993, *Le Bénin*, Cotonou: Les Editions du Flamboyant; Vannes: EDICEF, 93 p. [nouvelle édition mise à jour].
- ADAY Lu Ann, 1975, "Economic and non economic barriers to the use of needed medical services", *Medical Care* 13(6): 447-456.
- ADAY Lu Ann et ANDERSEN Ronald, 1974, "A framework for the study of access to medical care", *Health Services Research*: 208-219.
- ADAY Lu Ann, ANDERSEN Ronald et FLEMING G., 1980, *Health care in the U.S.: equitable for whom?*, Beverly Hills: Sage Publications.
- ADAY Lu Ann et SHORTELL Stephen, 1988, "Indicators and predictors of health services utilization", in: WILLIAMS Stephen, *Introduction to health services* (3^e ed.): 51-81.
- ADEMUWAGUN Zacchaeus, 1969, "The relevance of Yoruba medicine men in public health practice in Nigeria", *Public Health Report* 84: 33-41.
- ADEMUWAGUN Zacchaeus, 1975, "Problem and prospect of legitimatizing and integrating aspects of traditional health care systems and methods with modern medical therapy: the Igbo-Ora experience", *Nigerian medical Journal* 5: 182-190.
- AGOSSOU Patrick, 1997, *Comportement des consommateurs de médicaments modernes du marché illicite à Dassa-Zoumé*, Genève: IEUD, 104 p. [Mémoire de recherche].
- AIKINS Moses, FOX-RUSHBY Julia, D'ALLESSANDRO Umberto [et al.], 1998, "The Gambian national impregnated bednet programme: costs, consequences and net cost-effectiveness", *Social Science and Medicine* 46(2): 181-191.
- AKANGAH Aubert, 1986, *Automédication en milieu urbain béninois à Cotonou*, Cotonou: Université nationale du Bénin, Faculté des sciences de la santé, 187 p. [Thèse de doctorat en médecine].
- AKHTAR Rais, 1987, "Hospital catchment areas in Zambia", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 487-495, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- AKHTAR Rais et IZHAR Nilofar, 1986, "The spatial distribution of health resources within countries and communities: examples from India and Zambia", *Social Science and Medicine* 22(11): 1115-1129.
- AKHTAR Rais et IZHAR Nilofar, 1994, "Spatial inequalities an historical evolution in health provision: Indian and Zambian examples", in: PHILLIPS David et VERHASSELT Yola (éds.), *Health and development*: 216-233, London, New York: Routledge, 331 p.
- AKIN J., 1986, "The demand for adult and outpatient services in the Bicol region of the Philippines", *Social Science and Medicine* 22(3): 321-328.
- AKIN John et HUTCHINSON Paul, 1999, "Health-care facility choice and the phenomenon of bypassing", *Health Policy and Planning* 14(2): 135-151.
- AKPASSONOU Pascal et HOINDO Mathias, 1994, *Etude de la dynamique des paysages en milieux Maxi de la sous-préfecture de Ouessè: influence de l'homme sur le milieu*, Abomey-Calavi: Université Nationale du Bénin, FLASH, 103 p. [mémoire de maîtrise en géographie].
- ALIHONOU Eusebe, 1991, *Niveau socio-économique et dépenses sanitaires des populations: enquête dans six communes "sentinelles" du PEV/SSP au Bénin*, Pahou: CREDESA, 63 p. [multigraphié].
- AMAT-ROZE Jeanne-Marie, BUISSON J., GINOT L. [et al.], 1994, "Les systèmes de recours aux soins à la plaine Saint-Denis: étude géographique à l'échelle locale", *Cahiers GEOS* 29: 1-50.
- ANDERSEN Ronald, 1968, *A behavioral model of families' use of health services*, Report no. 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- ANDERSEN Ronald et NEWMAN John, 1973, "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly Bulletin* 51(1): 95-124.
- ANNIS Sheldon, 1981, "Physical access and utilization of health services in rural Guatemala", *Social Science and Medicine* 15D(4): 515-523.

- ANYINAM Charles, 1987, "Availability, accessibility, acceptability and adaptability: four attributes of African ethno-medicine", *Social Science and Medicine* 25(7): 803-811.
- ANYINAM Charles, 1991, "Modern and traditional health care systems in Ghana", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health care patterns and planning in developing countries*: 227-241, New York: Greenwood Press, 334 p.
- ARHIN Dyna, 1994, "The health card insurance scheme in Burundi: a social asset or a non-viable venture?", *Social Science and Medicine* 39(6): 861-870.
- BAILEY Wilma et PHILLIPS David, 1990, "Spatial patterns of use of health services in the Kingston metropolitan area, Jamaica", *Social Science and Medicine* 30(1): 1-12.
- BAKRY N., LAABID A., DE BROUWERE V. [et al.], 1999, "Pourquoi les patients n'adhèrent-ils pas à la décision de référence faite par le médecin généraliste?", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 47: 2S65-2S74.
- BANERJI Debabar, 1979, "Place of the indigenous and the western systems of medicine in the health services of India", *International Journal of Health Services* 9(3): 511-519.
- BANNERMAN Robert, BURTON John et WE-CHIEH Chen (dir.), 1983, *Médecine traditionnelle et couverture de soins de santé*, Genève: OMS, 335 p.
- BANQUE MONDIALE, 1994, *Better health in Africa*, Washington, DC: World Bank.
- BARBEE Evelyn, 1986, "Biomedical resistance to ethnomedicine in Botswana", *Social Science and Medicine* 22(1): 75-80.
- BARRETT Hazel et BROWNE Angela, 1996, "Health, hygiene and maternal education: evidence from Gambia", *Social Science and Medicine* 43(11): 1579-1590.
- BASHSHUR Rashid, SHANNON Gary et METZNER Charles, 1971, "Some ecological differentials in the use of medical services", *Health Services Research* 6: 61-75.
- BELCHER Donald, NICHOLAS D., OFOSU-AMAAH S. [et al.], 1975, "Factors influencing utilization of a malaria prophylaxis programme in Ghana", *Social Science and Medicine* 9: 241-248.
- BELCHER Donald, NICHOLAS D., OFOSU-AMAAH S. [et al.], 1978, "A mass immunization campaign in rural Ghana: factors affecting participation", *Public Health Reports* 93(2): 170-176.
- BELCHER Donald, WURAPA Frederick et LOURIE I., 1976, "A household morbidity survey in rural Africa", *International Journal of Epidemiology* 5(2): 113-120.
- BENOIST Jean, 1993, "Les communautés, l'argent et la santé en Afrique", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 47-60, Paris: CIE, 321 p.
- BENOIST Jean, 1997, "Réflexions sur le pluralisme médical: tâtonnements, alternatives ou complémentarités?", *Médecine psychosomatique et psychosociale* 26(1-2): 10-14.
- BENOIST Jean et HUTIN, 1988, *Projet de développement des services de santé en RPB: études médico-anthropologique et socio-économique préalables à la mise en place du programme national de recouvrement des prestations sanitaires au Bénin* [multigraphié].
- BENYOUSSEF Amor et WESSEN Albert, 1974, "Utilization of health services in developing countries, Tunisia", *Social Science and Medicine* 8: 387-304.
- BETHUNE X., ALFANI S. et LAHAYE J., 1989, "The influence of an abrupt price increase of health service utilization: evidence from Zaïre", *Health Policy and Planning* 4: 76-81.
- BHARDJAW Surinder, 1975, "Attitude toward different systems medicine: a survey of four villages in the Punjab – India", *Social Science and Medicine* 9: 603-612.
- BIBEAU Gilles, 1982, "New legal rules for an old art of healing: the case of the Zaïrian healers association", *Social Science and Medicine* 16: 1843-1849.
- BIBEAU Gilles, 1985, "From China to Africa: the same impossible synthesis between traditional and western medicines", *Social Science and Medicine* 21: 937-943.
- BICEGO George et BOERMA Ties, 1993, "Maternal education and child survival: a comparative study of survey data from 17 countries", *Social Science and Medicine* 36(9): 1207-1227.
- BICHMANN Wolfgang, 1979, "Primary health care and traditional medicine – considering the background of changing health care concepts in Africa", *Social Science and Medicine* 13B: 175-182.

- BICHMANN Wolfgang, DIESFELD Hans-Jochen, AGBOTON Yves [et al.], 1991, "District health systems: users' preferences for services in Benin", *Health Policy and Planning* 6(4): 361-370.
- BIERSCHENK Thomas et DE SARDAN Olivier (éds.), 1998, *Les pouvoirs au village: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*, Paris: Karthala, 296 p.
- BOULLOUDANI Valérie, 1996, *Offres et demandes sur le "marché de la santé" à Cotonou (Bénin)*, Genève: IUED, 223 p. [mémoire de diplôme; multigraphié].
- BRAENDLI Brigitte, 1985, *Rapport du Projet Médico-Sanitaire Suisse dans le district de Ouessè 1982 - 1984*, Genève: IUED, 89 p.
- BROUILLET Pascal, 1997, "Une mutuelle hospitalière rurale", in: BRUNET-JAILLY Joseph, *Innover dans les systèmes de santé: Expériences d'Afrique de l'Ouest*: 381-398, Paris: Karthala, 435 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1989, "L'évaluation économique des actions de santé", in: ROUGEMONT André et BRUNET-JAILLY Joseph (éds.), *Planifier, gérer, évaluer la santé en pays tropicaux*: 343-459, Paris: Doin, 751 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph, 1993a, "Quel financement pour quels services de santé?", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 221-256, Paris: CIE, 321 p.
- BRUNET-JAILLY Joseph (éd.), 1993b, *Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales*, Paris: Karthala; ORSTOM, 342 p.
- BURKHARDT Simon, 1984, *Assistance médico-sanitaire au Bénin 1982-1984*, Genève: IUED [multigraphié].
- CALDWELL J., 1979, "Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigeria data", *Population Studies* 33(3): 395-413.
- CHEN M., 1978, "A quantitative index of access to primary medical care for health planning", *Socioeconomic Planning Sciences* 12(6): 295-301.
- CHERNICHOVSKY Dov et MEESOOK Oye Astra, 1986, "Utilization of health services in Indonesia", *Social Science and Medicine* 23(6): 611-620.
- CHIPPAUX J., 1992, "The impact of dracunculiasis in a sugar cane plantation", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 86(1): 72-.
- CHIPPAUX J., BANZOU A. et AGBEDE K., 1992, "Impact social et économique de la dracunculose: une étude longitudinale effectuée dans deux villages du Bénin", *Bulletin of the World Health Organization* 70(1): 73-78.
- CHIPPAUX J., DE SOUZA L. et MASSOUGBODJI A., 1991, "Aspects épidémiologiques de la dracunculose au Bénin. 1 Incidences, localisation des émergences et fréquence des réinfestations", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 84(4): 345-350.
- CHIPPAUX J. et LARSSON R., 1991, "L'absentéisme scolaire lié à la dracunculose au Bénin", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 84: 775-782.
- CHIPPAUX J. et MASSOUGBODJI A., 1991, "Aspects épidémiologiques de la dracunculose au Bénin. 2. Relation entre la périodicité des émergences et l'origine de l'eau de boisson", *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* 84(4): 351-357.
- Chrisman J., 1977, "The health-seeking process: an approach to the natural history of illness", *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 351-377.
- CLEARY Paul et MECHANIC David, 1982, "Sex differences in medical care utilization: an empirical investigation", *Journal of Health and Social Behavior* 23(june):106-119.
- CLELAND J. et VAN GINNEKEN J., 1989, "Maternal schooling and childhood mortality", *Journal of Biosocial Science Supplement* 10: 13-
- CLELAND John et VAN GINNEKEN Jerome, 1988, "Maternal education and child survival in developing countries: the search for pathways of influence", *Social Science and Medicine* 27(12): 1357-1368.
- COCHRANE S., O'HARE D. et LESLIE J., 1980, *The effect of education on health*, Washington, DC: World Bank, (World Bank Working Papers; 405).
- COPPO Piero, PISANI Lelia, WALET OUMAR Fadimata, 1990, "Les itinéraires thérapeutiques", in: COPPO Piero et KEITA Arouna (dir.), *Médecine traditionnelle: acteurs, itinéraires thérapeutiques*: 7- 52, Trieste: Edizioni e, 320 p.
- CREDOC, 1963, *Le champ d'action des établissements hospitaliers*, Paris: CREDOC, 18 p. [multigraphié].

- CREESE Andrew, 1991, "User charges for health care: a review of recent experience", *Health Policy and Planning* 6(4): 309-319.
- CREESE Andrew, 1993, "Contribution financière des utilisateurs des soins de santé: enseignements des expériences récentes", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 189-214, Paris: CIE, 321 p.
- CRIEL Bart, 1993, "Financement des soins de santé primaires: cas d'un schéma de pré-paiement au niveau du premier échelon", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 123-136, Paris: CIE, 321 p.
- CRIEL Bart et VAN DORMAEL Monique, 1999, "Mutuelles de santé en Afrique et systèmes nationaux d'assurance-maladie obligatoire: l'histoire européenne se répétera-t-elle?", *Tropical Medicine and International Health* 4(3): 155-157.
- CZESNIK Frank et WOLF Elvira, 1993, "Pouvoir d'achat et autofinancement dans le projet bénino-allemand des soins de santé primaires", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 73-84, Paris: CIE, 321 p.
- DAS GUPTA M., 1987, "Selective discrimination against female children in rural Punjab, India", *Population and Development Review* 13: 77-100.
- DAUSKARDT Rolf, 1990, "The changing geography of traditional medicine: urban herbalism on the Witwatersrand, South Africa", *GeoJournal* 22(43): 275-283.
- DE LUZE Bertrand, 1991, "La situation actuelle des différentes églises", *Afrique contemporaine* 159 (juillet-sept.): 21-26.
- DE PAEPE Frank, 1993, *Rapport de mission d'étude: la place de l'Hôpital Saint-Jean de Dieu de Tanguiéta*, s. l. [multigraphié].
- DE ROSNY Eric, 1992, *L'Afrique des guérisons*, Paris: Karthala, 223 p.
- DEAN Kathryn, 1981, "Self-care response to illness: a selected review", *Social Science and Medicine* 15A(5): 673-687.
- DIAKITÉ Birama Djan, 1993, "Problèmes des nomades au Gourma", in: BRUNET-JAILLY Joseph (éd.), *Se soigner au Mali: une contribution des sciences sociales, douze expériences de terrain*: 193-209, Paris: Karthala, ORSTOM, 342 p.
- DIESFELD Hans-Jochen, 1973, "The definition of the hospital catchment area and its population as a denominator for the evaluation of hospital returns in developing countries", *International Journal of Epidemiology* 2(1): 47-53.
- DIESFELD Hans-Jochen, KINIFFO Henry, ALIHONOU Eusebe [et al.] (éds.), 1988, *Les soins de santé primaires en RPB: résultats du Projet bénino-allemand de recherche opérationnelle dans le domaine de la santé aux districts ruraux de Banté et de Tori Bossito. Rapport final*, Cotonou: Université du Bénin, Département de santé communautaire; Heidelberg: Université de Heidelberg, Institut d'hygiène tropicale et de santé publique, 222 p.
- DIOMANDE Kanvaly, CAMARA Aïssata, BRAMANE Bakary (et al.), 1995, *Médicaments et dévaluation*, Abidjan: Centre ivoirien de recherche économique et sociale, 69 p.
- DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA SANTE DU ZOU, 1991, *Rapport d'activités de l'année 1990*, Abomey: DDS-Zou, 43 p. [multigraphié].
- DONABEDIAN Avedis, 1973, *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 649 p.
- DORIER Elisabeth, 1989, "Le service de santé et son double à Brazzaville", in: SALEM G. et JEANNEE E. (éds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*: 271-279, Paris: ORSTOM, 549 p.
- DORIER-APPRIL Elisabeth, 1995, "Pour une géographie du pluralisme thérapeutique dans les grandes villes d'Afrique Noire", *Espace, Populations, Sociétés* 1995-1: 135-141.
- DORY Daniel, 1990, "A propos d'un aspect de l'accessibilité aux soins psychiatriques en France", *Hommes et Terres du Nord* 2: 103-107.
- DORY Daniel, 1991, *Eléments de géopsychiatrie*, Paris: L'Harmattan, (GeoTextes), 287 p.

- DORY Daniel, 1992, "Toward a geographic analysis of pluralistic health care systems", *Geographia Medica* suppl. 8: 61-63.
- DOZON Jean-Pierre et SINDZINGRE Nicole, 1986, "Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle en Afrique contemporaine", *Prévenir, La santé dans le Tiers Monde* 12:43-53.
- DROZ Yvan, 1993-94, "Errances thérapeutiques dans les collines", in: *Les frontières du mal*: 481-504, Berne: Société suisse d'ethnologie
- DUNLOP David, 1975, "Alternative to "modern" health delivery systems in Africa: public policy issues of traditional health system", *Social Science and Medicine* 9: 581-586.
- DUPONCHEL Jean-Luc, 1997, *Effet du développement d'un réseau de centres de santé de premier niveau sur les activités de l'hôpital de district sanitaire: à propos du Cercle de Bla, République du Mali (1992 - 1997)*, Paris: Université de Paris VI, Institut de santé et développement, 51 p. [Mémoire de DEA].
- DUTTON Diana, 1986, "Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization", *Social Science and Medicine* 23(7): 721-735.
- EGUNJOBI Layi, 1983, "Factors influencing choice of hospitals: a case study of the Northern part of Oyo State, Nigeria", *Social Science and Medicine* 17(9): 585-589.
- EL TAYEB Galal el Din, AWADALLA Siddig Ahmed et EL ABDIN El Fatih Zein, 1991, "Socio-spatial disparities in the provision of medical services in the Sudan", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health care patterns and planning in developing countries*: 277-293, New York: Greenwood Press, 334 p.
- EL-BUSHRA El-Sayed, 1985, "The Distribution of population and medical facilities in the Arab republic of Yemen", *GeoJournal* 11(2): 161-164.
- FAINZANG Sylvie, 1985, "La "maison du Blanc": la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina", *Sciences Sociales et Santé* 3(3-4): 105-128.
- FASSIN Didier, 1985, "Du clandestin à l'officieux: les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal", *Cahiers d'Etudes africaines* 98(XXV-2): 161-177.
- FASSIN Didier, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris: Presses Universitaires de France, 359 p. (Les champs de la santé).
- FASSIN Didier et JEANNÉE Emile, 1989, "Groupes à risque et zones à risque", *Forum mondial de la santé* 10(3/4): 492-495.
- FIEDLER John, 1981, "A review of literature on access and utilization of medical care with special emphasis in rural primary care", *Social Science and Medicine* 15C(3): 129-142.
- FOSU Gabriel, 1981, "Disease classification in rural Ghana: framework and implications for health behaviour", *Social Science and Medicine* 15B(4): 471-482.
- FOSU Gabriel, 1986, "Implications of mortality and morbidity for health care delivery in Ghana", *Sociology of Health and Illness* 8(3): 252-277.
- FOURNIER Pierre et HADDAD Slim, 1997, "Dimensions de la qualité des services de santé en Afrique au Sud du Sahara", in: BRUNET-JAILLY Joseph (éd.), *Innover dans les systèmes de santé: Expériences d'Afrique de l'Ouest*: 275-290, Paris: Karthala, 435 p.
- FOURNIER Pierre, HADDAD Slim et PEPIN Jacques, 1993, "Recouvrement des coûts et utilisation des services de santé: la zone de santé rurale de Nioki, Zaïre", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 103-112, Paris: CIE, 321 p.
- FOURNIER Pierre, RALAMBO Cécile, DAVO Nicaise [et al.], 1988, *Projet Médico-Sanitaire Bénino-Suisse (phase III: 1985-1988): évaluation conjointe*, Cotonou: Ministère de la santé publique; Berne: DDA, 87 p.
- FRANCIS A. et SCHNEIDER Jerry, 1984, "Using computer graphics to map origin-destination data describing health care delivery systems", *Social Science and Medicine* 18(5): 405-420.
- FRENK Julio, 1992, "The concept and measurement of accessibility", in: WHITE Kerr (éd.), *Health Services Research: an anthology*: 842-855, Washington: Pan American Health Organization, 1082 p.
- FREUND Paul, 1987, "Environment, disease and health service utilization: a comparative study with Zambia", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 469-486, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.

- FRIEDBERG C., 1983, "Ethnomédecine et ethnoscience: nosologie et étiologie chez les Bunaq et les Timor (Indonésie)", *Bulletin d'Ethnomédecine* 24: 37-58.
- GABRIEL B., 1994, "Childhood morbidity and health services utilisation: cross-national comparisons of user-related factors from DHS data", *Social Science and Medicine* 38(9): 1209-1220.
- GBEDONOU Placide, MOUSSA Yarou, FLOURY Bruno [et al.], 1994, "L'initiative de Bamako: espoir ou illusion? Réflexions autour de l'expérience béninoise", *Cahiers Santé* 4: 281-288.
- GBESSEMEHLAN V. et RIJNIERSE E., 1995, "Les élections en milieu rural: le cas de Ouessè", *Politique Africaine* 59: 70-81.
- GERSHENBERG Irving et HASKELL Mark, 1972, "The distribution of medical services in Uganda", *Social Science and Medicine* 6: 353-372.
- GERTLER Paul, 1987, "Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru", *Journal of Econometrics* 33.
- GESLER Wilbert, 1979, "Illness and health practitioner use in Calabar, Nigeria", *Social Science and Medicine* 13D(1): 23-30.
- GESLER Wilbert, 1984, *Health care in developing countries*, Whashington: Association of American Geographers, (Ressource Publications in Geography), 88 p.
- GESLER Wilbert et GAGE G., 1987, "Health care delivery for under five children in rural Sierra Leone", in: AKHTAR Rais. (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 427-68, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- GIHRING Thomas, 1982, "Accessibility choices and opportunities in Zaria, Nigeria", *Third World Planning Review* 4(4): 387-399.
- GIJSBERS Cecile, VAN VLIET Katja et KOLK Annemarie, 1996, "Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women", *Social Science and Medicine* 43(5): 707-720.
- GILSON Lucy, ALILIO Martin et HEGGENHOUGEN Kris, 1994, "Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogo region of Tanzania", *Social Science and Medicine* 39(6): 767-780.
- GISH Oscar, 1973, "Resource allocation, equality of access and health", *International Journal of Health Services* 3 (3): 399-412.
- GNIMADI C Clément, 1994, *Contribution à la géographie de la santé dans le sous-préfecture d'Allada*, Abomey-Calavi: Université Nationale du Bénin, FLASH, 150 p. [Mémoire de géographie; multigraphié].
- GOMES DO ESPIRITO SANTO E., FLOURY B. et Cisse M., 1998, "Déterminants du recours aux soins dans la ville de Cotonou (Bénin)", *Bulletin of the World Health Organization* 76(2): 195-201.
- GOOD Charles M., 1987a, "Community health in tropical Africa: is medical pluralism a hindrance or a resource?", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 13-50, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- GOOD Charles, 1987b, *Ethnomedical systems in Africa: patterns of traditional medicine in rural and urban Kenya*, New York: Guilford Press.
- GOOD Charles, HUNTER John, KATZ Selig [et al.], 1979, "The interface of dual systems of health care in the developing world: toward health policy initiatives in Africa", *Social Science and Medicine* 13D: 141-154.
- GOTANEGRE Jean-François, 1992, "Le recours à l'ethnomédecine: le cas du dispensaire de médecine traditionnelle de Butare-ville", *Cahiers GEOS* 23: 29-41.
- GOULD Peter et LEINBACH Thomas, 1966, "An approach to the geographic assignment of hospital services", *Tijdschrift Voor Economische en Sociale Geografie* 57: 203-206.
- GROSS P., 1972, "Urban health disorders, spatial analysis, and the economics of health facility location", *International Journal of Health Services* 2(11): 64-83.
- GUESSAN BI Gouzan et PORTAL Jean Luc, 1994, *Effets de la dévaluation du Franc CFA sur l'accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire)*, Abidjan: Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales du Sud; Mission française de coopération et d'action culturelle, 91 p.
- GUESSAN BI Gouzan et PORTAL Jean Luc, 1996, *Accessibilité aux soins et aux médicaments à Abidjan (Côte d'Ivoire): deux ans après la dévaluation du Franc CFA*, Abidjan: Direction régionale de la santé publique et des affaires sociales du Sud; Mission française de coopération et d'action culturelle, 23 p.

- HABIB O. et VAUGHAN P., 1986, "The determinant of health services utilization in Southern Iraqi: a household interview survey", *International Journal of Epidemiology* 15(3): 395-401.
- HADDAD Slim et FOURNIER Pierre, 1995, "Quality, cost and utilization of health services in developing countries: a longitudinal study in Zaïre", *Social Science and Medicine* 40(6): 743-753.
- HADDAD Slim, FOURNIER Pierre, MACHOUF Nima [et al.], 1998, "What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care services in Guinea", *Social Science and Medicine* 47(3): 381-394.
- HARRISON I. et DUNLOP D., 1974, "Traditional healers: use and non-use in health care delivery", *Rural africana* 26: 1974-.
- HART J., 1971, "The inverse care law", *The Lancet* 7696: 405-412.
- HAYNES R. et BENTHAM C., 1979, "Accessibility and the use of hospitals in rural areas", *Area* 11(3): 186-191.
- HELLER Peter, 1982, "A model of the demand for medical and health services in Peninsular Malaysia", *Social Science and Medicine* 16: 267-284.
- HERBERT David et HIJAZI Naila, 1984, "Ill-health and health-care in Khartoum/Omdurman", *Social Science and Medicine* 18(4): 335-343.
- HOURS Bernard, 1986, *L'Etat sorcier: santé publique et société au Cameroun*, Paris: L'Harmattan, 165 p.
- HOUSSOU Constant, 1985, *Contribution à l'étude de la médecine traditionnelle en R.P.B. à partir des activités des thérapeutes traditionnels du District Urbain de Cotonou 6*, Cotonou: Université nationale du Bénin, Faculté des sciences de la santé, 270 p. [thèse de doctorat en médecine, non publiée].
- HUNTER John, 1996, "An introduction to guinea worm on the eve of its departure: dracunculiasis transmission, health effects, ecology and control", *Social Science and Medicine* 43(9): 1399-1425.
- HUNTER John, 1997, "Bore holes and the vanishing of guinea worm disease in Ghana's Upper Region", *Social Science and Medicine* 45(1): 71-89.
- HURBON Laënnec, 1995, "Pratiques de guérison et religion dans la Caraïbe", in: *Gestions religieuses de la santé*: 91-105, Paris: L'Harmattan.
- HURIOT Jean-Marie et PERREUR Jacky, 1994, "L'accessibilité", in: AURAY Jean-Paul, BAILLY Antoine, DERYCKE Pierre-Henri [et al.], *Encyclopédie d'économie spatiale: concepts - comportements - organisations*: 56-59, Paris: Economica, 427 p.
- IGRAM D., CLARKE D. et MURDIE R., 1978, "Distance and the decision to visit an emergency department", *Social Science and Medicine* 12: 55-62.
- IGUE John et SOULE Bio, 1992, *L'Etat-entrepôt au Bénin: commerce informel ou solution à la crise?*, Paris: Karthala, 210 p.
- IGUN U., 1979, "Stages in health-seeking: a descriptive model", *Social Science and Medicine* 13A: 445-456.
- INGRAM D., CLARKE D. et MURDIE R., 1978, "Distance and the decision to visit an emergency departement", *Social Science and Medicine* 12: 55-62.
- INOUSSA Sarafatou, PADONOU Paul, FATON Mèhoundou [et al.], 1995, "Primary health care under difficult economic conditions: experiences in Benin", in: OMS, *African PHC in times of economic turbulence*: 84-99. Genève: OMS.
- IYUN Folasade, 1983, "Hospital service areas in Ibadan city", *Social Science and Medicine* 17(9): 601-616.
- IYUN Folasade, VERHASSELT Yola et HELLEN Anthony (éds), 1995, *The health of nations: medicine, disease and development in the Third World*, Aldershot; Brookfield, Hong Kong; Singapore; Sydney: Avebury, 295 p.
- JACKMAN Mary, 1972, "Flying doctor services in Zambia", in: McGLASHAN Neil, *Medical geography: techniques and field studies*: 97-103, London: Methuen, 336 p.
- JAFFRE Yannick et DE SARDAN Jean-Pierre Olivier, 1995, "Tidjiri, la naissance sociale d'une maladie", *Cahier des Sciences humaines* 31(4): 773-795.
- JAFFRE Yannick et PRUAL Alain, 1993, "Le corps des sages-femmes", entre identités professionnelles et sociales", *Sciences Sociales et Santé* 11(2): 63-80.
- JANZEN John, 1995, *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris: Karthala [1^{ère} éd.: Berkeley: University of California, 1978].
- JEWKES Rachel, ABRAHAM Naeemah et MVO Zodumo, 1998, "Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services", *Social Science and Medicine* 47(11): 1781-1795.

- JOLLY R. et KING M., 1966, "The organization of health services", in: KING M. (éd.), *Medical care in developing countries*, London: Oxford University Press.
- JONES K. et KIRBY A., 1982, "Provision and wellbeing: an agenda for public resources research", *Environment and Planning A* 14: 297-310.
- JOSEPH Alun et BANTOCK Peter, 1982, "Measuring potential physical accessibility to general practitioners in rural areas: a method and case study", *Social Science and Medicine* 16(1): 85-90.
- KADDAR Miloud, 1993, "Introduction", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 7-13, Paris: CIE, 321 p.
- KANJI Najmi, 1989, "Charging for drug in Africa: a UNICEF's "Bamako Initiative", *Health Policy and Planning* 4(2): 110-120.
- Khan Abdullah, 1985, "Analyzing spatial disparities in access to health care: a methodology with application in Bangladesh", *GeoJournal* 10(1): 91-107.
- KHAN Abdullah, 1988, *Evaluating the performance of regional health care service system: a geographic methodology*, Ann Arbor: UMI Dissertation Information Service, 319 p.
- KIFOULY Edmond, 1993, *Les déterminants de la faible fréquentation des services de santé dans la circonscription administrative de Ouidah*, Cotonou: Institut régional de santé publique, 113 p. [mémoire IRSP; multigraphié].
- KIKHELA Nguete, BIBEAU Gilles et CORIN Ellen, 1981, "Africa's two medical systems: options for planners", *World Health Forum* 2(1): 96-99.
- KILLINGSWORTH James, HOSSAIN Najmul, HEDRICK-WONG Yuwa [et al.], 1999, "Unofficial fees in Bangladesh: price, equity and institutional issues", *Health Policy and Planning* 14(2): 152-163.
- KLOOS Helmut, ETEA Alemayehu, DEGEFA Assefa [et al.], 1987, "Illness and health behaviour in Addis Ababa and rural central Ethiopia", *Social Science and Medicine* 25(9): 1003-1029.
- KNIPPENBERG Rudolph, LEVY-BRUHL Daniel, OSSENI Kandjoura [et al.], 1990, "Initiative de Bamako: des expériences", *L'enfant en milieu tropical* 184/185: 1-96.
- KOENIG M et D'SOUZA S., 1986, "Sex differences in childhood mortality in rural Bangladesh", *Social Science and Medicine* 22: 15-22.
- KROEGER Axel, 1983a, "Anthropological and socio-medical health care research in developing countries", *Social Science and Medicine* 7(3): 147-161.
- KROEGER Axel, 1983b, "Health interview surveys in developing countries: a review of the methods and results", *International Journal of Epidemiology* 12(4): 465-481.
- KROEGER Axel, 1985, "Erreurs de réponse et autres problèmes liés aux enquêtes sanitaires par interrogatoire dans les pays en développement", *World health statistics quarterly* 38: 15-37.
- LA DECOUVERTE, 1997, *L'état du monde 1998: annuaire économique et géopolitique mondial*, Paris: La Découverte, 704 p.
- LABASSE J., 1980, *L'hôpital et la ville*, Paris: Hermann, 242 p.
- LACHENMANN Gudrun, HOLTKEMPER Siegfried, PROKSCH Andreas [et al.], 1980, *Soins de santé primaires et développement: étude sociologique et économique sur le complexe "santé" dans le cadre des efforts généraux de développement dans le district de Bassila en RPB*, Berlin: Institut allemand de développement, 178 p.
- LASKER J., 1981, "Choosing among therapies: illness behavior in the Ivory Coast", *Social Science and Medicine* 15A: 157-168.
- LE MEUR Pierre-Yves et ADJINACOU Cyriaque, 1998, "Les pouvoirs locaux à Gbanlin (Zou) entre migration, commerce et religion", in: BIERSCHEK Thomas et DE SARDAN Olivier (éds.), *Les pouvoirs au village: le Bénin rural entre démocratisation et décentralisation*: 121-166, Paris: Karthala, 296 p.
- LEGENDRE Louis et LEGENDRE Pierre, 1984, *Ecologie numérique, tome 1*, Paris; Québec: Masson.
- LEGENDRE Pierre et VAUDOR Alain, 1991, *The "R" package. Multivariate data analysis, spatial analysis*, Montréal: Université de Montréal, Département de sciences biologiques.
- LEVINE N., 1987, "Differential child care in three Tibetan communities: beyond son preference", *Population and Development Review* 13: 281-304.

- LEVY-BRUHL Daniel, KNIPPENBERG Rudolf, SOUCAT Agnès [et al.], 1991, *Participation financière des communautés au fonctionnement des centres de santé: résultats après 3 ans de mise en oeuvre de l'initiative de Bamako au Bénin et en Guinée*, (s. l.) [multigraphié].
- LEVY-BRUHL Daniel, NDIAYE J.-M. et DIALLO S., 1991, *Enquête sur l'utilisation des services de santé en République du Bénin*, Cotonou [multigraphié].
- LEVY-BRUHL Daniel, SOUCAT Agnès, OSSENI Raimi [et al.], 1997, "The Bamako initiative in Benin and Guinea: improving the effectiveness of primary health care", *International Journal of Health Planning & Management* Jun (12, Suppl. 1): 49-79.
- LUCAS Véronique et TONNELIER François, 1995, *Distance d'accès aux soins en 1990*, Paris: CREDES, 72 p.
- LUXUREAU Anne, 1989, "Le corps vivant, la santé, les remèdes à Maradi (Niger)", in: SALEM Gérard et JEANNEE Emile (éds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*, Paris: ORSTOM, 549 p.
- MACLEAN Catherine, 1969, "Traditional healers and their female clients: an aspect of Nigerian sickness behavior", *Journal of Health and Human Behavior* 10(3): 172-186.
- MACLEAN Catherine et BANNERMAN Robert, 1982, "Utilization of indigenous healers in national health delivery systems", *Social Science and Medicine* 16: 1815-1816.
- MARO P., 1987, "Reducing inequalities in the distribution of health facilities in Tanzania", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 415-425, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- MAYER Jonathan, 1982, "Medical geography: some unsolved problems", *Professional Geographers* 34(3), 261-269.
- MCGLASHAN Neil, 1972, "The distribution of population and medical facilities in Malawi", Mc GLASHAN Neil, *Medical geography: techniques and field studies*: 89-95, London: Methuen.- 336 p.
- McKEOWN T. et LOWE C., 1979, *The Role of medicine: dream, mirage or nemesis*, Oxford: Blackwell Scientific Publication (2^e éd.).
- McKINLAY J., 1972, "Some approaches and problems in the study of the use of services: an overview", *Journal of Health and social Behaviour* 13: 115-152.
- McPAKE Barbara, HANSON Kara et MILLS Anne, s. d. (1991?), *Application de l'initiative de Bamako: bilan provisoire accompagné de cinq rapports de pays*, London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 122 p.
- MCVEA K., 1997, "Lay injection practices among migrant farmworkers in the age of AIDS: evolution of a biomedical folk practice", *Social Science and Medicine* 45(1): 91-98.
- MEADE Melinda, FLORIN John et GESLER Wilbert, 1988, *Medical geography*, New York; Londres: Guilford Press, IX, 340 p.
- MECHANIC David, 1962, "The concept of illness behavior", *Journal of chronic Diseases* 15: 189-194.
- MEHRETU Assefa, 1985, "A spatial framework for redressing disparities in rural service delivery systems", *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie* 76(5): 363-373.
- MESA-LEGO C., 1985, "Health care in Costa Rica: boom and crisis", *Social Science and Medicine* 21(1): 13-21.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1991a, *Statistiques sanitaires, années 1987 - 1988 - 1989*, Cotonou: Ministère de la santé, Service des statistiques sanitaires et de la documentation, 186 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1991b, *Séminaires ateliers sur la pérenisation du PEV et de l'initiative de Bamako au Bénin, rapport final (Porto-Novo, 25 - 30 mars 1991)*, Cotonou: Ministère de la santé, Direction nationale du PEV, 220 p. [multigraphié].
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1992a, *Statistiques sanitaires, année 1990*, Cotonou: Ministère de la santé, Service des études de stratégie et de la prévision, 94 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1992b, *Statistiques sanitaires, année 1991*, Cotonou: Ministère de la santé, Service des études de stratégie et de la prévision, 92 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1993a, *Revue du système de santé au Bénin*, Cotonou: Ministère de la santé publique, 30 p. [multigraphié].
- MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1993b, *Statistiques sanitaires, année 1992*, Cotonou: Ministère de la santé, Service des études de stratégie et de la prévision, 113 p.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1994a, *Statistiques sanitaires, année 1993*, Cotonou: Ministère de la santé, Service des études de stratégie et de la prévision, 101 p.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1994b, *Table ronde du secteur santé, t1: Diagnostic du secteur: perspectives résultat de l'atelier d'internalisation, t2: Priorités de politique sanitaire et programmation*, Cotonou: Ministère de la santé [multigraphié].

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, sd, *Politiques et stratégies sanitaires nationales de développement du secteur santé 1997-2001*, Cotonou: Ministère de la santé [multigraphié].

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DE LA REPUBLIQUE DU BENIN, 1988, *Statistiques sanitaires, années 1985-1986*, Cotonou: Ministère de la santé publique, Service des statistiques sanitaires et de la documentation, 89 p.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE DU BENIN, 1990, *Revue du programme élargi de vaccination intégré aux soins de santé primaires*, Cotonou: Ministère de la santé publique; UNICEF; OMS; OCCGE etc., 147 p. (+ fascicule d'annexes).

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1981, *Programmation sanitaire de la République populaire du Bénin 1982-1991*, Cotonou: Ministère de la santé publique; OMS, 115 p. (+ annexes).

MINISTERE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ECONOMIQUE, 1992, *Equête budget consommation. Vol. 3: budget, revenus et dépenses*, Cotonou: Ministère du plan et de la restructuration économique, Institut national de la statistique et de l'analyse économique, Direction des statistiques démographiques et sociales, 181 p.

MINISTERE DU PLAN ET DE LA RESTRUCTURATION ECONOMIQUE, 1993, *Deuxième recensement général de la population et de l'habitation, février 1992: volume 1, résultats définitifs*, Cotonou: Ministère du plan et de la restructuration économique, 250 p.

MOENS Freddy, 1990, "Design implementation, and evaluation of a community financing scheme for hospital care in developing countries: a pre-paid plan in the Bwamanda health zone, Zaïre", *Social Science and Medicine* 30(12): 1319-1327.

MORGAN R., 1973, "Migration as a factor in the acceptance of medical care", *Social Science and Medicine* 7: 865-873.

MULVIHILL James, 1991, "The access and utilization of public health centers in Guatemala City", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health care patterns and planning in developing countries*: 171-182, New York: Greenwood Press, 334 p.

MUNA Walinjom, 1993, "Cardiovascular disorders in Africa", *World health statistics quarterly* 46: 125-133.

MWABU Germano, 1986, "Health care decisions at the household level: results of a rural health survey in Kenya", *Social Science and Medicine* 22(3): 315-319.

NACOULMA Daniel et PETITJEAN François, 1997, "Une expérience de prépaiement des risques fréquents à faible coût", in: BRUNET-JAILLY Joseph (éd.), *Innover dans les systèmes de santé: Expériences d'Afrique de l'Ouest*: 367-379, Paris: Karthala, 435 p.

NEUMANN A. et LAURO P., 1982, "Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems", *Social Science and Medicine* 16: 1825-1834.

NEUMANN A., AMPOFO Daniel, NICHOLAS David [et al.], 1974, "Traditional birth attendant – a key to rural maternal and child health and family planning services", *Environmental Child Health* (fév.): 21-27.

NEWMAN Robert, GLOYD Stephen, NYANGEZI Julio [et al.], 1998, "Satisfaction with outpatient health care services in Manica Province, Mozambique", *Health Policy and Planning* 13(2): 174-180.

NNADI E. et KABAT H., 1984, "Choosing health care services in Nigeria: a developing nation", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 87(2): 47-51.

NOORALI Rozina, LUBY Stephen et RAHBAR Mohammad, 1999, "Does use of a government service depend on distance from the health facility?", *Health Policy and Planning* 14(2): 191-197.

NORDBERG Erik, 1984, "Incidence and estimated need of caesarean section, inguinal hernia repair, and operation for strangulated hernia in rural Africa", *British Medical Journal* 289: 92-93.

NORDBERG Erik, HOLMBERG Sven et KIUGU Simeon, 1995, "Exploring the interface between first and second level of care: referrals in rural Africa", in: NORDBERG Erik, *Health care planning under severe resource constraints: development of methods applicables at district level in sub-Saharan Africa*: V:1-V:7, Stockholm: Karolinska institutet.

- NOTERMAN Jean-Pierre, Criel Bart, KEGELS Guy [et al.], 1995, "A prepayment scheme for hospital care in the masisi district in Zaïre: a critical evaluation", *Social Science and Medicine* 40(7): 919-930.
- NOUNHATIN Gervais, 1991, *Les causes de la faible utilisation des formations sanitaires de la zone du Projet (AN-SSP)*, Natitingou: DDS Atacora, Projet d'appui néerlandais aux soins de santé primaires, 43 p. (+ annexes) [multigraphié].
- OHARA Kumiko, MELENDEZ Victo, UEHARA Naruo [et al.], 1998, "Study of a patient referral system in the Republic of Honduras", *Health Policy and Planning* 13(4): 433-445.
- OJANUGA Durrenda Nash et GILBERT Cathy, 1992, "Women's access to health care in developing countries", *Social Science and Medicine* 35(4): 613-617.
- OKAFOR Francis, 1984, "Accessibility to general hospital in rural Bendel State, Nigeria", *Social Science and Medicine* 18(8): 661-666.
- OKAFOR Francis, 1990, "The spatial dimensions of accessibility to general hospitals in rural Nigeria", *Socio-economic planning sciences* 24(4): 295-306.
- OKAFOR S., 1982, "Policy and practice: the case of medical facilities in Nigeria", *Social Science and Medicine* 16(22): 1971-1977.
- OKAFOR S., 1987, "Inequalities in the distribution of health care facilities in Nigeria", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 383-401, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- OKAFOR S., 1991, "Spatial aspect of health care provision in Nigeria", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health care patterns and planning in developing countries*: 264-276, New York: Greenwood Press, 334 p.
- OKE Placide, 1993, *Type de temps et recrudescence de la méningite cérébro spinale au Bénin*, Abomey-Calavi: Université Nationale du Bénin, FLASH [Mémoire de géographie; multigraphié].
- OKOJIE Christiana, 1994, "Gender inequalities of health in the third world", *Social Science and Medicine* 39(9): 1237-1247.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1978, *Alma Ata 1978: primary health care*, Genève: OMS. (Série Santé pour Tous; 1).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1994, *Programme de lutte contre l'onchocercose 1974-1994*, Genève: OMS, 25 p.
- OYEBOLA D., 1981, "Professional associations, ethics and discipline among yoruba traditional healers of Nigeria", *Social Science and Medicine* 15B: 87-92.
- OYENEYE O., 1985, "Mobilizing indigenous resources for primary health care in Nigeria: a note on the place of traditional medicine", *Social Science and Medicine* 20: 67-69.
- PAGANINI Agostino, 1993, "L'initiative de Bamako", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 257-269, Paris: CIE, 321 p.
- PANGU Kasa, 1988, *La "santé pour tous" d'ici l'an 2000: c'est possible. Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre*, Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, Ecole de santé publique, 322 p.
- PENCHANSKY Roy et THOMAS William, 1981, "The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction", *Medical Care* 19(2): 127-141.
- PHILLIPS David, 1979, "Spatial variations in attendance at general practitioner services", *Social Science and Medicine* 13D: 169-181.
- PHILLIPS David, 1986, Primary health care in the Philippines: banking on the barangays?, *Social Science and Medicine* 23(10), 1015-1117.
- PHILLIPS David, 1990, *Health and health care in the Third World Countries: aspects of distribution and accessibility*, Harlow: Longman, 334 p.
- PHOON W., s.d., *Epidémiologie pour les responsables de santé: un manuel pratique pour les pays tropicaux*, Singapour: Université nationale de Singapour, Département de médecine sociale et de santé publique, 139 p.
- PICHERAL Henri, 1984, "Mots et concepts de la géographie de la santé", *Cahiers GEOS* 2: 1-26.
- PICHERAL Henri, 1989, "Echelles d'analyse de la desserte en soins médicaux", *Cahiers GEOS* 16: 1-10.
- PICHERAL Henri, 1995, "Le lieu, l'espace et la santé", *Espace, Populations, Sociétés* 1995-1: 19-24.

- PICHERAL Henri, 1999, "Risques et inégalités de santé: de la salubrité à l'équité", *Hérodote* 92: 50-68.
- PICHERAL Henri et SALEM Gérard, 1992, "De la géographie médicale à la géographie de la santé: bilan et tendances de la géographie française (1960 - 1991)", *Cahiers GEOS* 22: 1-44.
- PINEAULT Raynald et DAVELUY Carole, 1995, *La planification de la santé: concepts - méthodes - stratégies*, Montréal: Editions Nouvelles, 480 p. [Edition revue et corrigée].
- PISANI Lelia, DIAOURE Ramata et WALET OUMAR Fadimata, 1990, "Grossesse et accouchement dans le cercle de Bandiagara", in: COPPO Piero et KEITA Arouna (dir.), *Médecine traditionnelle: acteurs, itinéraires thérapeutiques*: 107-172, Trieste: Edizioni e, 320 p.
- PNUD, 1994 (juillet), *Coopération au développement: République du Bénin; rapport du coordinateur résident des activités opérationnelles pour le développement menées par le système des Nations Unies en République du Bénin*, Cotonou.
- POLE Denham (éd.), 1989, *Drug distribution and fake drugs in Nigeria, Actes du colloque de Lagos 12 avr., 1989*, Lagos, 70 p.
- POWELL Martin, 1995, "On the outside looking in medical geography, medical geographers and access to health care", *Health & Place* 1(1): 41-50.
- PROGRAMME DE LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE, s. d., 1974 - 1994, Genève: OMS, Programme de lutte contre l'onchocercose, 25 p.
- PROGRAMME MEDICO-SANITAIRE BENINO-SUISSE, 1993, *Documents préparatoires pour le comité de suivi du Programme médico-sanitaire bénino-suisse*, Genève: IUED [multigraphié].
- PUENTES-MARKIDES Cristina, 1992, "Women and access to health care", *Social Science and Medicine* 35(4): 619-626.
- RAM Eric et DATTA B., 1976, "A study on the utilization of primary health centre and sub-centre health services by the rural people of Miraj Taluka, Maharashtra", *Indian Journal of Public Health* 20(3): 134-143.
- RASHED S., JOHNSON H., DONGIER P. [et al.], 1997, "Sustaining malaria prevention in Benin. Local production of bednets", *Health Policy and Planning* 12(1): 67-76.
- RASSINOX Jean, 1987, *Dictionnaire Français-Fon*, 406 p.
- REINKE W., HOPWOOD I. et KNIPPENBERG R., 1997, "Sustainability of primary health care including immunizations in Bamako initiative programs in West Africa I: an assessment of 5 years field experience in Benin and Guinea", *International Journal of Health Planning & Management* Jun (12, Suppl 1): 1-172.
- RICHARD Jean-Luc, 1995, "Profil des utilisateurs des différents services de santé modernes dans le Bénin rural", *Espace, Populations, Sociétés* 1995-1: 91-104.
- RICHARD Jean-Luc, 1995, "Accès aux soins de santé en milieu rural tropical", *Bulletin de la Société neuchâteloise de géographie* 39: 121-136 [numéro spécial: Eléments de géographie de la santé].
- SABIR N. et EBRAHIM G., 1984, "Are daughters more at risk than sons in some societies?", *Journal of Tropical Paediatrics* 30: 237-239.
- SACHS Lisbeth et TOMSON Göran, 1992, "Medicines and culture: a double perspective on drug utilization in a developing country", *Social Science and Medicine* 34(3): 307-315.
- SALEM Gérard, 1995, *Urbanisation et santé en Afrique de l'Ouest: géographie d'un petit espace dense: Pikine (Sénégal)*, Montpellier: Université Paul Valéry, Montpellier III, 327 p. [Diplôme d'habilitation à diriger des recherches; multigraphié].
- SALEM Gérard et LANG T., 1993, "Transition épidémiologique et changement social dans les villes africaines: approche anthropologique de l'hypertension artérielle à Pikine, Sénégal", *Sciences Sociales et Santé* 11(2): 27-40.
- SALEM Gérard, CEUNINCK D., MUREBWAYIRE S. [et al.], 1994, "Mères et enfants se soignent-ils de la même manière à Pikine?", in: CHARBIT Yves et NDIAYE Salif (dir.), *La population du Sénégal*: 419-434. Dakar: DPS, CERPA.
- SALEM Gérard, ROZENBLAT C., CEUNINCK D. [et al.], 1993, "L'accès aux soins: les distances physique, sociale et culturelle se superposent-elles? Exemple d'une recherche menée à Pikine en 1991 (Sénégal)", in: LEVY Emile et MIZRAHI Arié (éds.), *La dimension spatiale. Actes du Colloque Européen "De l'analyse économique aux politiques de santé" 16-18 déc. 1992*: 219-227, Paris: CREDES - CES.
- SALIFOU Kabibou, IBRAHIMA Midou, PAPA Ernesto [et al.], 1995, *Une expérience sur l'utilisation des fiches de référence/contreréférence au niveau du district, Communication au colloque du 16 - 18 février 1995, Bamako*:

Les innovations dans la pratique médicale et dans le financement de la santé en Afrique au Sud du Sahara, 18 p. [multigraphié].

SALOMEZ Jean-Louis et LACOSTE Olivier, 1999, "Du besoin de santé au besoin de soins: la prise en compte des besoins en planification sanitaire", *Hérodote* 92: 101-120.

SANDERS D., KRAVITZ J., SEWIN S. [et al.], 1998, "Zimbabwe's hospital referral system: does it work?", *Health Policy and Planning* 13(4): 359-370.

SANTOW Gigi, 1995, "Social roles and physical health: the care of female disadvantage in poor countries", *Social Science and Medicine* 40(2): 147-161.

SARGENT Carolyn, 1985, "Obstetrical choice among urban women in Benin", *Social Science and Medicine* 20(3): 287-292.

SARGENT Carolyn Fishel, 1982, *The cultural context of therapeutic choice*, Dordrecht: Reidel Publishing Company, 192 p.

SAUERBORN Rainer, ADAMS A. et HIEN M., 1996, "Household strategies to cope with the economic costs of illness", *Social Science and Medicine* 43(3): 291-301.

SAUERBORN Rainer, NOUGTARA Adrien et DIESFELD Hans-Jochen, 1989, "Low utilization of community health workers: results from a household interview survey in Burkina Faso", *Social Science and Medicine* 29: 1163-

SAUERBORN Rainer, NOUGTARA Adrien, HIEN M. [et al.], 1996, "Seasonal variations of household costs of illness in Burkina Faso", *Social Science and Medicine* 43(3): 281-290.

SAUERBORN Rainer, IBRANGO I., NOUGTARA A. [et al.], 1995, "The economic costs of illness for rural households in Burkina Faso", *Tropical and Medical Parasitology* 46(1): 54-60.

SAUERBORN Rainer, NOUGTARA Adrien, DIESFELD Hans-Jochen (éds.), 1995, *Les coûts économiques de la maladie pour les ménages en milieu rural du Burkina Faso*, Frankfurt am Main, Berlin, Bern etc.: Peter Lang, 253 p. (Medizin in Entwicklungsländern; 41).

SAUERBORN Rainer, NOUGTARA Adrien, DIESFELD Hans-Jochen [et al.], 1995, *Recherche sur les systèmes de santé: le cas de la zone médicale de Solenzo, Burkina Faso*, Frankfurt am Main, Berlin, Bern etc.: Peter Lang, 141 p. (Medizin in Entwicklungsländern; 40).

SAUTTER, 1973, "Recherches en cours sur les villes d'Afrique noire: thèmes et problèmes. Point de vue d'un géographe", *Cahiers d'Etudes Africaines* 51(13): 405-416.

SCARPA Antonio, 1981, "Pre-scientific medicines: their extent and value", *Social Science and Medicine* 15A: 317-326.

SCARPACI Joseph, 1988, "Health-seeking behavior, use and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile", *Journal of Health and Social Behavior* 29(September): 199-213.

SCHILLER Preston et LEVIN Jeffrey, 1988, "Is there a religious factor in health care utilization?: a review", *Social Science and Medicine* 27(12): 1369-1379.

SCHULPEN T. et SWINKELS W., 1980, "Machakos project studies: agent affecting health of mother and child in a rural area of Kenya: the utilization of health services in a rural area of Kenya", *Tropical and Geographical Medicine* 32(4): 340-349.

SEGAR Julia, 1997, "Hard lives and evil winds: illness aetiology and the search for healing amongst ciskeian villagers", *Social Science and Medicine* 44(10): 1585-1600.

SELWYN B., 1987, "Family size, illness and use of medical services among pre-school Colombian children", *Journal of Tropical Paediatrics* 33: 16-23.

SENAH Kodjo, 1993, "La logique d'une utilisation "rationnelle": l'exemple d'une communauté côtière au Ghana", *Médicaments Essentiels: le Point* 14: 12 et 16.

SHANNON Gary et DEVER Alan, 1974, *Health care delivery: spatial perspectives*, New York [etc.] : McGraw-Hill Book Company, 141 p.

SHANNON Gary, SKINNER R. et BASHSHUR Rashid, 1973, "Time and distance: the journey for medical care", *International Journal of Health Services* 3(2): 237-243.

SINDZINGRE Nicole et ZEMPLINI Andras, 1981, "Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire", *Social Science and Medicine* 15B: 279-293.

- SLIKKERVEER Leendert, 1982, "Rural health development in Ethiopia: problems of utilization of traditional healers", *Social Science and Medicine* 16(21): 1859-1872.
- SMALL John et WITHERICK Michael, 1986, *A modern dictionary of geography*, London: Edward Arnold, 233 p.
- SODOGANDJI Théophile (dir.), 1990, *Dépenses des individus et des familles pour les médicaments en RPB*, Cotonou: Ministère des Enseignements moyens et supérieurs; Ministère de la santé publique; OMS; Programme d'action pour les médicaments essentiels, 133 p. + annexes.
- SOMAN, 1991, "High morbidity and low mortality: the experience of urban pre-school children in Kerala", *Journal of Tropical Paediatrics* 37: 17-24.
- SONDO B., TESTA J., TRAORE C. [et al.], 1999, "Capacité de diagnostic des maladies sexuellement transmissibles par les structures de santé de la ville de Ouagadougou", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 47: 323-328.
- SOSSOU Alexandre et FONTON Bernard, 1991, *Participation des cliniques et cabinets "privés" au développement sanitaire du Bénin: cas des cliniques et cabinets installés à Akpakpa*, Abomey Calavi: ENA [Mémoire de fin de formation ENA: AHUI; multigraphié].
- SOSSOU Roger, 1985, *Bilan d'activités et étude de la file d'attente de la consultation prénatale de la maternité du CNHU*, Cotonou: Université nationale du Bénin, Faculté des sciences de la santé, 201 p. [thèse de doctorat en médecine, non publiée].
- SOUBEIGA André, 1993, "A propos d'une recherche sur les soins de santé primaires au Burkina Faso", *Sociologie Santé* 9: 191-197.
- SOUCAT Agnès, BANGOURA Ousmane et KNIPPENBERG Rudolf, 1997, "L'Initiative de Bamako au Bénin et en Guinée", in: BRUNET-JAILLY Joseph (éd.), *Innover dans les systèmes de santé: expériences d'Afrique de l'Ouest*: 193-208, Paris: Karthala, 435 p.
- SOUCAT Agnès, GANDAHO Timothée, LEVY-BRUHL Daniel [et al.], 1997, "Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako initiative", *International Journal of Health Planning & Management* Jun (12, Suppl 1): 137-163.
- STANTON Bonita et CLEMENS John, 1989, "User fees for health care in developing countries: a case study in Bangladesh", *Social Science and Medicine* 29(10): 1199-1205.
- STEVENSON D., 1987, "Inequalities in the distribution of health care facilities in Sierra Leone", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 403-413, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- STIMSON Robert, 1981, "The provision and use of general practitioner services in Adelaïde, Australia: application of tools of locational analysis and theories of provider and user spatial behaviour", *Social Science and Medicine* 15D: 27-43.
- STOCK Robert, 1987, "Understanding health care behavior: a model, together with evidence from Nigeria", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 279-292, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- STOCK Robert, 1983, "Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria", *Social Science and Medicine* 17(9): 563-570.
- STOCK Robert, 1985, "Health care for some: a Nigerian study of who gets what, where and why", *International Journal of Health Service* 15: 469-484.
- TALL Emmanuelle, 1990, "L'interprétation du malheur et de la maladie: une consultation chez un devin au Sud-Bénin", in: FASSIN Didier et JAFFRE Yannick (coord.), *Sociétés, développement et santé*: 191-199, Paris: Ellipses, 287 p.
- TALL Emmanuelle, 1995, "De la démocratie et des cultes voduns au Bénin", *Cahiers d'Etudes Africaines* 137(XXXV-1): 195-208.
- TAYLOR Garth, ADAY Lu Ann et ANDERSEN Ronald, 1975, "A social indicator of access to medical care", *Journal of Health and social Behavior* 16: 39-43.
- Ter Braak C., 1988, "CANOCO – an extension of DECORANA to analyze species-environment relationship", *Vegetatio* 75: 159-160.
- THOMAS William et PENCHANSKY Roy, 1984, "Relating satisfaction with access to utilization of services", *Medical Care* 22: 553-568.

- THOUEZ Jean-Pierre, MUNAN Louis et NABAHI Iradj, 1981, "Facteurs associés avec l'utilisation des soins de santé en milieu rural", *Social Science and Medicine* 15D: 379-387.
- TONDA Joseph, 1990, "Les églises comme recours thérapeutique: une histoire de maladie au Congo", in: FASSIN Didier et JAFFRE Yannick (coord.), *Sociétés, développement et santé*: 200-210, Paris: Ellipses, 287 p.
- TWUMASI P., 1987, "The role of traditional medicine in a primary health care system: the Ghanaian experience", in: AKHTAR Rais (éd.), *Health and disease in tropical Africa: geographical and medical viewpoints*: 497-512, Chur [etc.]: Harwood Academic Publishers, 520 p.
- UNICEF, 1990, *Vaccination et contexte socio-culturel au Bénin: étude CAP et RGT sur l'utilisation du PEV/SSP dans quatre districts*, Cotonou: UNICEF, 127 p.
- UNICEF, 1991, *Enfants et femmes, avenir du Bénin*, Cotonou: UNICEF; République du Bénin, 215 p.
- UNIVERSALIS, 1996, CD-ROM UNIVERSALIS, Version 2.0.
- UYANGA Joseph, 1979, "The characteristics of patients of spiritual healing homes and traditional doctors in South Eastern Nigeria", *Social Science and Medicine* 13A: 323-329.
- VALDEZ Edgar, 1988, *Rapport d'enquête épidémiologique dans le district de Ouessè (tétanos néonatal, diarrhées, paludisme et couverture vaccinale)*, Genève: IUED, 96 p.
- VALDEZ Edgar, 1991, *Rapport d'enquête épidémiologique dans la sous-préfecture de Tchaourou (tétanos néonatal, diarrhées, paludisme, nutrition et couverture vaccinale)*, Genève: IUED, 85 p.
- VALDEZ Edgar, 1992, *Autopsie de la maladie: soins et parcours thérapeutiques dans le système de santé à Vallegrande, Bolivie*, Genève: IUED, 236 p. [Mémoire de diplôme de recherche; multigraphié].
- VAN der GEEST Sjaak, 1982, "The illegal distribution of western medicines in developing countries: pharmacist, druggists, injection doctors and others: a bibliographic exploration", *Medical Anthropology* 6: 197-219.
- VIGNERON Emmanuel, Simon V. et Jeannette F., 1990, "Problèmes de santé dans un territoire insulaire: les évacuations sanitaires en Polynésie française", *Cahiers de Sociologie et Démographie médicales* XXX^{ème} année 92(2): 209-231.
- VISSANDJEE B., BARLOW R. et FRASER D., 1997, "Utilization of health services among rural women in Gujarat, India", *Public Health* 111: 135-148.
- VLAASSOFF Carol, 1994, "Gender inequalities in health in the third world: uncharted ground", *Social Science and Medicine* 39(9): 1249-1259.
- WADDINGTON Catriona et ENYIMAYEW K., 1989, "A price to pay. Part 1: the impact of user charges in Ashanti-Akim district", *Journal of Health Planning and Management* 4: 17-47.
- Waddington Catriona et Enyimayew K., 1990, "A price to pay. Part 2: the impact of user charges in the Volta Region, of Ghana", *International Journal of Health Planning and Management* 5: 287-312.
- WALKER Godfrey et GISH Oscar, 1977, "Inequality in the distribution and differential utilization of health services: a Botswana case study", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 80(11): 238-243.
- WARE J. et SHERBOURNE C., 1992, "The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I: conceptual framework and item selection", *Medical Care* 30: 473-383.
- WARREN D., BOVA Steven, TREGONING Mary Ann [et al.], 1982, "Ghanaian national policy toward indigenous healers: the case of the primary health training for indigenous healers (PRHETIH) Program", *Social Science and Medicine* 16: 1873-1881.
- WATY Marie-Odile, 1993, "Etat des lieux sur la crise du financement des services de santé en Afrique: quelles perspectives pour le financement communautaire?", in: CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE, *Argent et santé: expériences de financement communautaire en Afrique, Actes du séminaire international de Paris, 24-27 sept. 1991*: 33-46, Paris: CIE, 321 p.
- WEISS James et GREENLICK Merwyn, 1970, "Determinants of medical care utilization: the effect of social class and distance on contact with the medical care system", *Medical Care* 8(6): 456-462.
- WERNER J., 1989, "Du symptôme au système: une exploration anthropologique des diarrhées du jeune enfant à Pikine", in: SALEM Gérard et JEANNÉE Emile (éds.), *Urbanisation et santé dans le Tiers Monde: transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires*: 347-353, Paris: ORSTOM, 549 p.
- WOLFFERS, 1988, "Illness behaviour in Sri Lanka: results of a survey in two Sinhalese communities", *Social Science and Medicine* 27(5): 545-552.

- WYATT H., 1984, "The popularity of injections in the third world: origins and consequences for poliomyelitis", *Social Science and Medicine* 19(9): 911-915.
- YEHIYA MAIGA Abdoullaye, DIAOURE Ramata et KEITA Arouna, 1990, "Le recensement des thérapeutes traditionnels de la cinquième région", in: COPPO Piero et KEITA Arouna (dir.), *Médecine traditionnelle: acteurs, itinéraires thérapeutiques*: 53-78, Trieste: Edizioni e, 320 p.
- YEKPE Pamphile, 1992, *Contribution à l'étude de l'harmattan dans le Bas et le moyen Bénin*, Abomey-Calavi: Université Nationale du Bénin, FLASH [Mémoire de géographie; multigraphié].
- YODER Richard, 1989, "Are people willing and able to pay for health services?", *Social Science and Medicine* 29(1): 35-42.
- YOUNG Allan, 1983, "The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care", *Social Science and Medicine* 17(16): 1205-1221.
- ZAIDI Akbar, 1985, "The urban bias in health facilities in Pakistan", *Social Science and Medicine* 20(5): 473-482.
- ZAIDI Akbar, 1996, "Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries: disease, gender and contextuality", *Social Science and Medicine* 43(5): 721-730.

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE SUR LES ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES DANS LA SOUS-PRÉFECTURE DE OUESSÈ

janvier-février 1995

- Noms des enquêteurs _____ et _____ Date . . 1995
- 1) Nom du village _____ 2) N° du ménage
- 3) Personne qui répond homme(s) ☐ 1
femme(s) ☐ 2
homme(s) et femme(s) ☐ 3
- 4) Quel est le nombre total de personnes vivant de façon permanente sous le toit du chef de ménage, sous son autorité et qu'il nourrit? (*précisez que le questionnaire ne porte que sur ces personnes = ménage*)
- 5) Quelle est l'ethnie du chef de ménage? Mahi ☐ 1
Nagot ☐ 2
Peul ☐ 3
Gens de l'Atacora ☐ 4
Autre ☐ 5
- 6) Quelle est la religion du chef de ménage? religions traditionnelles ☐ 1
catholique, protestant, méthodiste ☐ 2
autres religions chrétien. africaines ☐ 3
autres religions chrétien. non africaines ☐ 4
musulman ☐ 5
- 7) Depuis combien d'années le chef de ménage vit-il dans ce village? depuis toujours ☐ 1
depuis moins d'un an ☐ 2
1 à 5 ans ☐ 3
6 à 10 ans ☐ 4
plus de 10 ans ☐ 5
- 8) Quel est l'âge du chef de ménage? (*insistez au besoin en demandant une estimation*)
- 9) Quel est le nombre d'épouses du chef de ménage vivant actuellement dans le ménage?
- 10) Quel est l'âge de la première épouse du chef de ménage vivant actuellement dans le ménage?
- 11) Quelle est la principale profession du chef de ménage? agriculteur(trice), bouvier ☐ 1
commerçant(e), transporteur ☐ 2
artisan(e) ☐ 3
fonctionnaire, élève ☐ 4
- 12) Quelle est la principale profession de la 1^{ère} épouse du chef de ménage? ménagère au foyer (*insistez!*) ☐ 1
agricultrice ☐ 2
commerçante ☐ 3
artisane ☐ 4
fonctionnaire, élève ☐ 5

Répétez le n° du ménage

☐☐ ☐☐

- 13) Quel est le nombre d'années d'école effectuées par le chef de ménage? (*ne pas compter les années redoublées*)
- 0 ☐ 1
- 1 - 4 (CE2) ☐ 2
- 5 - 6 (CM2) ☐ 3
- 7 - 10 (brevet) ☐ 4
- 11-13 (bac) ☐ 5
- plus de 13 ☐ 6
- 14) Quel est le nombre d'années d'école effectuées par la 1^{ère} épouse du chef de ménage? (*ne pas compter les années redoublées*)
- 0 ☐ 1
- 1 - 4 (CE2) ☐ 2
- 5 - 6 (CM2) ☐ 3
- 7 - 10 (brevet) ☐ 4
- 11-13 (bac) ☐ 5
- plus de 13 ☐ 6
- 15) Est-ce que tous les garçons du ménage en âge d'aller à l'école primaire y vont?
- pas de garçon de cet âge ☐ 1
- oui ☐ 2
- non ☐ 3
- 16) Est-ce que toutes les filles du ménage en âge d'aller à l'école primaire y vont?
- pas de fille de cet âge ☐ 1
- oui ☐ 2
- non ☐ 3
- 17) Le ménage possède-t-il (*si oui demander combien de chaque*) (*ne tenir compte que des engins qui fonctionnent*)
- une voiture, un taxi ou un camion 5 ☐
- une moto ou une mobylette 3 ☐
- une bicyclette 1 ☐
- un téléviseur 3 ☐
- une radio 1 ☐
- réfrigérateur, groupe électrogène, moulin 3 ☐
- 18) Impression générale, selon l'enquêteur, d'aisance du ménage d'après l'apparence de la maison, de la cour et des habitants
- mauvaise ☐ 0
- moyenne ☐ 3
- bonne ☐ 6
- 19) Quels sont les mois de l'année pendant lesquels l'argent manque le plus dans le ménage? (*plusieurs réponses possibles; marquez le numéro du ou des mois*)
- ☐
- 20) Gardez-vous à la maison quelques remèdes traditionnels? ☐
- 21) Gardez-vous à la maison quelques médicaments modernes? ☐
- 22) Y a-t-il eu des décès dans le ménage depuis un an? (*nombre*) ☐
- 23) Pour le premier décès: quel était l'âge de la personne décédée? ☐☐
- 24) Quel était son sexe? ☐
- 25) Quelle était la cause du décès? -----
- 26) Pour le deuxième décès: quel était l'âge de la personne décédée? ☐☐
- 27) Quel était son sexe? ☐
- 28) Quelle était la cause du décès? -----
- 29) Combien d'enfants sont nés dans le ménage depuis une année? (*compter séparément les jumeaux*) ☐
- 30) Où le premier de ces accouchements a-t-il eu lieu?
- à la maison ☐ 1
- à l'UVS de ----- ☐ 2
- à la maternité de ----- ☐ 3

Répétez le n° du ménage

☐☐ ☐☐

- 31) Combien la mère a-t-elle fait de visites prénatales pour la première grossesse? ☐
- 32) Où a-t-elle effectué ces visites prénatales? (*première grossesse*) à l'UVS de _____ ☐ 1
à la maternité de _____ ☐ 2
- 33) Après le retour à la maison de la mère et de l'enfant, est-on sorti avec cet enfant pour le faire vacciner au moins une fois? (*première naissance; laissez blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est mort avant 2 mois*) ☐
- 34) Cet enfant suit-il régulièrement les séances de pesée et de distribution de vivres du centre social? (*première naissance ; laisser en blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est décédé*) ☐
- 35) Où le deuxième de ces accouchements a-t-il eu lieu? à la maison ☐ 1
à l'UVS de _____ ☐ 2
à la maternité de _____ ☐ 3
- 36) Combien la mère a-t-elle fait de visites prénatales pour la deuxième grossesse? ☐
- 37) Où a-t-elle effectué ces visites prénatales? (*deuxième grossesse*) à l'UVS de _____ ☐ 1
à la maternité de _____ ☐ 2
- 38) Après le retour à la maison de la mère et de l'enfant, est-on sorti avec cet enfant pour le faire vacciner au moins une fois? (*deuxième naissance; laissez blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est mort avant 2 mois*) ☐
- 39) Cet enfant suit-il régulièrement les séances de pesée et de distribution de vivres du centre social? (*deuxième naissance; laisser en blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est décédé*) ☐
- 40) Où le troisième de ces accouchements a-t-il eu lieu? à la maison ☐ 1
à l'UVS de _____ ☐ 2
à la maternité de _____ ☐ 3
- 41) Combien la mère a-t-elle fait de visites prénatales pour la troisième grossesse? ☐
- 42) Où a-t-elle effectué ces visites prénatales? (*troisième grossesse*) à l'UVS de _____ ☐ 1
à la maternité de _____ ☐ 2
- 43) Après le retour à la maison de la mère et de l'enfant, est-on sorti avec cet enfant pour le faire vacciner au moins une fois? (*troisième naissance; laissez blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est mort avant 2 mois*) ☐
- 44) Cet enfant suit-il régulièrement les séances de pesée et de distribution de vivres du centre social? (*troisième naissance; laisser en blanc si l'enfant a moins de 2 mois ou est décédé*) ☐
- 45) *S'il y a eu au moins un accouchement à la maison: Pourquoi a-t-on préféré rester à la maison pour accoucher plutôt que d'aller à la maternité ou à l'UVS?* a été surprise, plus le temps d'y aller ☐ 1
(*ne pas suggérer de réponses*) pas (assez) d'argent à ce moment ☐ 2
maternité ou UVS trop loin, trop d'efforts ☐ 3
préfère accouchement traditionnel ☐ 4
autres raisons (*préciser*) _____ ☐ 5
- 46) Quelles sont les 3 maladies qui frappent le plus souvent les enfants du ménage, 1) _____
de la plus fréquente à la moins fréquente? 2) _____
3) _____
- 47) Quelles sont les 3 maladies qui frappent le plus souvent les adultes du ménage, 1) _____
de la plus fréquente à la moins fréquente? 2) _____
3) _____
- 48) Pensez-vous que l'on peut prévenir (empêcher l'apparition) oui ☐ 1
du paludisme femelle? non ☐ 2

Répétez le n° du ménage

☐☐ ☐☐

49) Si oui, comment? -----

50) Si non, pourquoi? -----

- 51) Pensez-vous que l'on peut prévenir (empêcher l'apparition) ☐ 1
de la diarrhée? ☐ 2
oui ☐ 3
non
ne sais pas

52) Si oui, comment? -----

53) Si non, pourquoi? -----

- 54) Pensez-vous que l'on peut prévenir (empêcher l'apparition) ☐ 1
de l'attaque? ☐ 2
oui ☐ 3
non
ne sais pas

55) Si oui, comment? -----

56) Si non, pourquoi? -----

- 57) Pensez-vous que l'on peut prévenir (empêcher l'apparition) ☐ 1
de la rougeole? ☐ 2
oui ☐ 3
non
ne sais pas

58) Si oui, comment? -----

59) Si non, pourquoi? -----

- 60) Quelqu'un du ménage est-il déjà allé au moins une fois se faire soigner
(plusieurs réponses possibles; énumérer toutes les possibilités)
- | | |
|--|--------------------------|
| au centre de santé de Ouessè | ☐ |
| au dispensaire de (citez le plus proche) | ☐ |
| à l'hôpital de Papané | ☐ |
| dans un autre grand hôpital: lequel? | ☐ |
| dans un cabinet ou clinique privés | ☐ |
| à la maison avec un infirmier itinérant | ☐ |
| chez un guérisseur traditionnel | ☐ |
| chez un devin (bokono) | ☐ |
| dans une église utilisant les prières | ☐ |

- 61) Pendant les 30 derniers jours quelqu'un dans la ménage a-t-il souffert de (précisez le nombre de cas de chaque maladie)
- | | | | |
|-------------------------------|----------------------------|--|-----------------------------|
| a) paludisme mâle | ☐ 1 | h) manyan | ☐ 8 |
| b) paludisme femelle | ☐ 2 | i) maladies vénériennes | ☐ 9 |
| c) diarrhées | ☐ 3 | j) rhumatismes | ☐ 10 |
| d) dysenterie | ☐ 4 | k) blessure ou brûlure importantes ou fracture | ☐ 11 |
| e) toux accompagnée de fièvre | ☐ 5 | l) hernie (depuis un an) | ☐ 12 |
| f) attaque | ☐ 6 | m) morsure de serpent (depuis un an) | ☐ 13 |
| g) rougeole | ☐ 7 | | |

62) Combien de personnes différentes sont atteintes de ces maladies? ☐☐

Pour la suite du questionnaire, chaque cas de maladie doit être étudié séparément, en reprenant chaque fois une nouvelle feuille "Numéro du cas de maladie, question 63 etc."

Numéro du cas de maladie (= numéro du ménage + numéro de la maladie)

- 63) Il s'agit d'un cas de
- | | | | |
|------------------------|----------------------------|--|-----------------------------|
| a) paludisme mâle | ☐ 1 | h) manyan | ☐ 8 |
| b) paludisme femelle | ☐ 2 | i) maladies vénériennes | ☐ 9 |
| c) diarrhées | ☐ 3 | j) rhumatismes | ☐ 10 |
| d) dysenterie | ☐ 4 | k) blessure ou brûlure importantes ou fracture | ☐ 11 |
| e) toux avec de fièvre | ☐ 5 | l) hernie (depuis un an) | ☐ 12 |
| f) attaque | ☐ 6 | m) morsure de serpent (depuis un an) | ☐ 13 |
| g) rougeole | ☐ 7 | | |

- 64) Pensez-vous que ce cas de maladie était:
- | | |
|------------------|----------------------------|
| très grave | ☐ 1 |
| assez grave | ☐ 2 |
| peu ou pas grave | ☐ 3 |
| ne sais pas | ☐ 4 |

65) Quel est l'âge du malade? (*au besoin demandez une estimation; mettez 0 si moins d'un an*)

66) Quel est le sexe du malade? ☐

- 67) La maladie est-elle finie maintenant?
- | | |
|----------------------|----------------------------|
| oui | ☐ 1 |
| non | ☐ 2 |
| le malade est décédé | ☐ 3 |

68) *Si la maladie est finie:* Combien de jours a duré la maladie?

Si la maladie n'est pas finie: Depuis combien de jour la maladie a-t-elle commencé?

(Pour les maladies chroniques qui ne guérissent jamais vraiment comme le rhumatisme, demandez depuis le début de la dernière crise ou rechute)

- 69) Qu'avez-vous fait en premier pour essayer de soigner le malade?
- | | |
|---|----------------------------|
| rien | ☐ 1 |
| traitement familial | ☐ 2 |
| consultation extérieure | ☐ 3 |
| en même temps traitem. fam. et consult. | ☐ 4 |

S'ils ont répondu "rien", continuez par la question 70

S'il ont répondu "traitement familial", passez directement aux questions 71 et suivantes

S'ils ont répondu "consultation extérieure", passez directement aux questions 80 et suivantes

S'il ont répondu "en même temps traitement familial et consultation", passez directement aux questions 72 et suivantes

- 70) Pourquoi n'avez-vous rien fait?
- | | |
|---|--------------------------|
| maladie pas grave | ☐ |
| (plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer de réponses) | ☐ |
| pas d'argent | ☐ |
| connaît pas remèdes pour cette maladie | ☐ |
| dispensaire ou hôpital trop loin | ☐ |
| autres raisons (à préciser) _____ | ☐ |

Passez maintenant au cas de maladie suivant en utilisant une nouvelle feuille (= recommencez à partir de la question 63)

71) Pourquoi a-t-on décidé de traiter d'abord le malade à la

maison plutôt que d'aller directement consulter à l'extérieur?

(plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

il faut d'abord lutter

pas d'argent

moins cher ou gratuit

connaît remède efficace pour cette maladie

facile trouver remèdes brousse ou femmes

autres raisons (à préciser) _ _ _ _ _

72) Quel jour après le début de la maladie avez-vous commencé le traitement?

(En cas de maladies chroniques (très longues), demandez: Quel jour après le début de la dernière crise ou rechute avez-vous commencé le traitement?)

73) Quel type de remèdes avez-vous utilisés? (suggérez)

produits traditionnels uniquement ☐ 1

médicaments modernes uniquement ☐ 2

les deux en même temps ☐ 3

d'abord remèdes tradition. puis modernes ☐ 4

d'abord remèdes modernes puis tradition. ☐ 5

74) D'où viennent les remèdes utilisés?

(plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

cherchés en brousse ou aux champs ☐

vendeuses (marché, ambulants...) ☐

pharmacie ☐

réserve familiale de remèdes ☐

donnés ou vendus par parent ou ami ☐

autre (à préciser) _ _ _ _ _ ☐

75) Quel est le coût total de ces remèdes? (au besoin estimation)

☐☐☐☐

76) Quel a été le résultat du traitement? (suggérer les 3 réponses)

inefficace ☐ 1

amélioration ☐ 2

guérison ☐ 3

S'ils ont répondu "guérison" à la question précédente, passez au cas de maladie suivant (= recommencez à partir de la question 63), autrement continuez avec la question 77

77) Qu'avez-vous fait ensuite, avez-vous montré le malade à quelqu'un qui ne fait pas partie du ménage? ☐

S'ils ont répondu oui, passez à la question 81; sinon continuez avec les questions 78 et 79

78) Que ferez-vous encore pour poursuivre le traitement?

(ne pas suggérer les réponses)

ne sais pas encore ☐ 1

rien ☐ 2

traitement familial (automédication) ☐ 3

consulter (préciser qui) _ _ _ _ _ ☐ 4

79) S'ils ne feront plus rien: Pourquoi ne ferez-vous plus rien?

(ne pas suggérer les réponses)

la maladie paraît incurable ☐ 1

pas d'argent ☐ 2

centres de santé sont trop loin ☐ 3

autre (précisez) _ _ _ _ _ ☐ 4

Passez maintenant au cas de maladie suivant en utilisant une nouvelle feuille (= recommencez à partir de la question 63)

Recours extérieurs (= numéro du cas de maladie + numéro du recours extérieur)

☐☐ ☐☐ ☐☐

80) Pourquoi avez-vous décidé de consulter tout de suite, plutôt que de commencer par traiter le malade à la maison?

(plusieurs réponses possibles; ne pas suggérer les réponses)

- maladie grave: faut rapidem. traitem. efficace ☐
connaît pas traitement pour cette maladie ☐
va toujours tout de suite consulter ☐
autres raisons à préciser _____ ☐

81) A qui avez vous montré le malade?

(ne pas suggérer de réponses; une seule réponse)

- infirmier, sage-femme ou docteur ☐ 1
guérisseur traditionnel ☐ 2
devin ☐ 3
secouriste ou matrone ☐ 4
église (laquelle?) _____ ☐ 5
"infirmier" consultant à domicile ☐ 6

82) Dans quelle localité était-ce?

83) Etait-ce au domicile du malade?

☐

84) Quel jour après le début de la maladie êtes-vous allés chez cette personne pour la première fois? ☐☐

85) Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour y aller?

- à pied ☐ 1
à pied jusqu'à autre localité puis taxi ☐ 2
bicyclette ☐ 3
moto ou mobylette ☐ 4
taxi ou voiture ☐ 5

86) Combien de fois au total le malade est-il allé chez cette personne pour suivre tout le traitement? ☐

87) Y a-t-il eu hospitalisation? Combien de jour est-il resté à l'hôpital? ☐☐

88) Quel est le coût total des transports pour se rendre au lieu du traitement? ☐☐☐☐

(tous les trajets aller et retour y compris pour la ou les personne(s) qui accompagne(nt))

89) Quel est le coût total de toutes les consultations et du traitement à cet endroit? ☐☐☐☐☐

90) Quel a été le résultat du traitement? *(suggérer les 3 réponses)*

inefficace ☐ 1
amélioration ☐ 2
guérison ☐ 3

91) *Seulement si l'on avait commencé un traitement familial avant de consulter:*

Avez-vous poursuivi le traitement familial en plus des remèdes prescrits par la personne consultée? ☐

S'ils ont répondu "guérison" à la question 90, passez au cas de maladie suivant en utilisant une nouvelle feuille (= recommencez à partir de la question 63), autrement continuez

92) Qu'avez-vous fait ensuite, avez-vous montré le malade à quelqu'un qui ne fait pas partie du ménage? ☐

S'ils ont répondu oui, passez à la question 95; sinon continuez avec les questions 93 et 94

- 93) Que ferez-vous encore pour poursuivre le traitement? ne sais pas encore ☐ 1
 (ne pas suggérer les réponses) rien ☐ 2
traitement familial (automédication) ☐ 3
consulter (préciser qui) _____ ☐ 4
- 94) S'ils ne feront plus rien: Pourquoi ne ferez-vous plus rien? la maladie paraît incurable ☐ 1
 (ne pas suggérer les réponses) pas d'argent ☐ 2
centres de santé sont trop loin ☐ 3
autre (précisez) _____ ☐ 4

Passez maintenant au cas de maladie suivant en utilisant une nouvelle feuille (= recommencez à partir de la question 63)

Recours extérieurs (= numéro du recours extérieur) ☐

- 95) A qui avez vous montré le malade? infirmier, sage-femme ou docteur ☐ 1
 (ne pas suggérer de réponses; une seule réponse) guérisseur traditionnel ☐ 2
devin ☐ 3
secouriste ou matrone ☐ 4
église (laquelle?) _____ ☐ 5
"infirmier" consultant à domicile ☐ 6

96) Dans quelle localité était-ce? _____

97) Etait-ce au domicile du malade? ☐

98) Quel jour après le début de la maladie êtes-vous allés chez cette personne pour la première fois? ☐☐

- 99) Quel moyen de transport avez-vous utilisé pour y aller? à pied ☐ 1
à pied jusqu'à autre localité puis taxi ☐ 2
bicyclette ☐ 3
moto ou mobylette ☐ 4
taxi ou voiture ☐ 5

100) Combien de fois au total le malade est-il allé chez cette personne pour suivre tout le traitement? ☐

101) Y a-t-il eu hospitalisation? Combien de jour est-il resté à l'hôpital? ☐☐

102) Quel est le coût total des transports pour se rendre au lieu du traitement? ☐☐☐☐
 (tous les trajets aller et retour y compris pour la ou les personne(s) qui accompagne(nt))

103) Quel est le coût total de toutes les consultations et du traitement à cet endroit? ☐☐☐☐☐

- 104) Quel a été le résultat du traitement? (suggérer les 3 réponses) inefficace ☐ 1
amélioration ☐ 2
guérison ☐ 3

S'ils ont répondu "guérison" à la question 104, passez au cas de maladie suivant en utilisant une nouvelle feuille (= recommencez à partir de la question 63), autrement recommencez les questions 92 à 104 en utilisant une nouvelle feuille

Annexe 2

Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers la population (% res) et taux de consultation (% util) par localité, en 1992

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Cabinet inf. Botti				Clinique Laminou					
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	Total	Pop.
Attata	?	?	?	?	57	?	1.4	11.7	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	57	486
Aggl. Ouessè	?	?	?	?	2951	?	70.4	23.6	13	?	0.9	0.1	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	2964	12515
Aggl. Odongba	?	?	?	?	566	?	13.5	10.9	12	?	0.8	0.2	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	578	5188
Gbanlin	?	?	?	?	166	?	4.0	7.0	438	?	29.7	18.4	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	604	2383
Tosso	?	?	?	?	47	?	1.1	10.0	400	?	27.1	85.3	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	447	469
Vossa	?	?	?	?	146	?	3.5	8.7	606	?	41.1	36.3	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	752	1671
Idadjo	?	?	?	?	21	?	0.5	2.0	7	?	0.5	0.7	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	28	1048
Djegbé	?	?	?	?	118	?	2.8	5.0	0	?	0.0	0.0	185	?	100.0	7.8	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	303	2362
Total Ouest SP	1542	15.4	24.8	5.9	4072	40.7	97.2	15.6	1476	14.7	100.0	5.7	185	1.8	100.0	0.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1971	19.7	100.0	7.5	763	7.6	100.0	2.9	10009	26122
Idouya	38	54.3	0.6	5.5	16	22.9	0.4	2.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	16	22.9	4.5	2.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	70	686
Kokoro	166	43.3	2.7	10.3	24	6.3	0.6	1.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	193	50.4	54.4	11.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	383	1617
Challa Ogoï	79	42.0	1.3	5.7	37	19.7	0.9	2.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	72	38.3	20.3	5.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	188	1376
Botti Houegbo	7	18.9	0.1	1.9	2	5.4	0.0	0.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	28	75.7	7.9	7.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	37	376
Gbedé	94	76.4	1.5	11.6	3	2.4	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	26	21.1	7.3	3.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	123	809
Kombon	24	57.1	0.4	2.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	42.9	5.1	2.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	42	864
Kémon	436	95.2	7.0	14.4	7	1.5	0.2	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	15	3.3	4.8	0.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	458	3032
Akpéro	166	91.2	2.7	16.0	1	0.5	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	11	6.0	3.5	1.1	4	2.2	0.3	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	182	1038
Kilibo	717	74.3	11.5	15.6	16	1.7	0.4	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	232	24.0	73.9	5.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	965	4585
Kilibo Gare	56	69.1	0.9	5.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	25	30.9	8.0	2.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	81	953
Yaoui	266	86.6	4.3	20.8	8	2.6	0.2	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	0.7	0.6	0.2	31	10.1	9.9	2.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	307	1281
Toui	1461	57.7	23.5	48.7	1	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1071	42.3	90.5	35.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2533	2999
Toui Gare	181	66.8	2.9	7.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	90	33.2	7.6	3.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	271	2422
Toui PK	281	96.9	4.5	16.1	3	1.0	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	2.1	0.5	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	290	1740
Ogoutédo/Odo A.	712	98.2	11.4	32.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	13	1.8	1.1	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	725	2171
Total Est SP	4684	70.4	75.2	18.1	118	1.8	2.8	0.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	355	5.3	100.0	1.4	314	4.7	100.0	1.2	1184	17.8	100.0	4.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6655	25949
Total SP	6226	37.4	100.0	12.1	4190	25.1	100.0	8.1	1476	8.9	100.0	2.9	185	1.1	100.0	0.4	355	2.1	100.0	0.7	314	1.9	100.0	0.6	1184	7.1	100.0	2.3	1971	11.8	100.0	3.8	763	4.6	100.0	1.5	16664	52071

Annexe 3

Score de dépendance de la population envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource envers la population (Sc res), score de consultation (Sc util) et score total par localité (Sc tot), en 1992, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				Clinique Laminou				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Cabinet soins Botti			
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot				
Attata				0				0				0				0				0				0				0				0				
Aggl. Ouessè				0				0				0				0				0				0				0				0				
Aggl. Odougba				0				0				0				0				0				0				0				0				
Gbanlin				0				0				0				0				0				0				0				0				
Tosso				0				0				0				0				0				0				0				0				
Vossa				0				0				0				0				0				0				0				0				
Idadjo				0				0				0				0				0				0				0				0				
Djegbé				0				0				0				0				0				0				0				0				
Total Ouest SP	3	4	3	10	4	5	4	13	3	5	3	11	1	5	0	6	0	0	0	0	2	5	2	9	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	11	
Idouya	5	0	3	8	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kokoro	4	1	4	9	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Challa Ogoï	4	1	3	8	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Botti Honegbo	3	0	1	4	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gbédé	5	1	4	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kombon	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kémon	5	3	4	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0		
Akpéro	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	5	1	0	0	1	0	0	0	0	
Kilibo	5	3	4	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo Gare	5	0	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	5	12	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	5	14	0	0	0	0	
Toui Gare	5	1	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	0	0	0	0	
Toui PK	5	2	4	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	
Total Est SP	5	5	4	14	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	8	0	0	0	0	1	5	1	7	3	5	2	10	0	0	0	0

Annexe 4

Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers la population (% res) et taux de consultation (% util) par localité, en 1993

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Cabinet inf. Botti					
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	Botti	% pop	% res	% util	Total	Pop.
Attata	?	?	?	?	96	?	2.0	19.2	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	96	501
Aggl. Ouessè	?	?	?	?	3522	?	74.9	27.3	28	?	1.8	0.2	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	3550	12890
Aggl. Odougba	?	?	?	?	500	?	10.6	9.4	7	?	0.4	0.1	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	507	5344
Gbanlin	?	?	?	?	190	?	4.0	7.7	386	?	24.5	15.7	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	576	2454
Tosso	?	?	?	?	38	?	0.8	7.9	547	?	34.8	113.2	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	585	483
Vossa	?	?	?	?	135	?	2.9	7.8	603	?	38.3	35.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	738	1721
Idadjo	?	?	?	?	41	?	0.9	3.8	3	?	0.2	0.3	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	44	1079
Djebé	?	?	?	?	96	?	2.0	3.9	0	?	0.0	0.0	110	?	100.0	4.5	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	0	?	0.0	0.0	206	2433
Total Ouest SP	2808	28.2	33.3	10.4	4618	46.5	98.2	17.2	1574	15.8	100.0	5.9	110	1.1	100.0	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	831	8.4	100.0	3.1	9941	26905
Idouya	67	65.7	0.8	9.5	18	17.6	0.4	2.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	17	16.7	5.1	2.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	102	707
Kokoro	190	45.3	2.3	11.4	24	5.7	0.5	1.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	205	48.9	61.6	12.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	419	1666
Challa Ogoï	102	56.4	1.2	7.2	14	7.7	0.3	1.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	35.9	19.5	4.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	181	1417
Botti Honegbo	8	22.9	0.1	2.1	8	22.9	0.2	2.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	19	54.3	5.7	4.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	35	387
Gbedé	96	93.2	1.1	11.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	6.8	2.1	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	103	833
Kombon	108	84.4	1.3	12.1	1	0.8	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	19	14.8	5.7	2.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	128	890
Kémon	475	52.3	5.6	15.2	4	0.4	0.1	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	425	46.8	100.0	13.6	5	0.6	1.2	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	909	3123
Akpéro	127	79.4	1.5	11.9	2	1.3	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	24	15.0	5.9	2.2	7	4.4	1.5	0.7	0	0.0	0.0	0.0	160	1069
Kilibo	956	73.8	11.3	20.2	7	0.5	0.1	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	332	25.6	81.0	7.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1295	4723
Kilibo Gare	31	52.5	0.4	3.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	28	47.5	6.8	2.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	59	982
Yaoui	285	92.5	3.4	21.6	1	0.3	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.3	0.3	0.1	0	0.0	0.0	0.0	21	6.8	5.1	1.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	308	1319
Toui	1652	84.0	19.6	53.5	7	0.4	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	307	15.6	64.1	9.9	0	0.0	0.0	0.0	1966	3089
Toui Gare	296	64.6	3.5	11.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	162	35.4	33.8	6.5	0	0.0	0.0	0.0	458	2495
Toui PK	246	98.8	2.9	13.7	1	0.4	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	0.8	0.4	0.1	0	0.0	0.0	0.0	249	1792
Ogoutédo/Odo	986	99.9	11.7	44.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.1	0.2	0.0	0	0.0	0.0	0.0	987	2236
Total Est	5625	76.4	66.7	21.0	87	1.2	1.8	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	333	4.5	100.0	1.2	425	5.8	100.0	1.6	410	5.6	100.0	1.5	479	6.5	100.0	1.8	0	0.0	0.0	0.0	7359	26728
Total	8433	48.7	100.0	15.7	4705	27.2	100.0	8.8	1574	9.1	100.0	2.9	110	0.6	100.0	0.2	333	1.9	100.0	0.6	425	2.5	100.0	0.8	410	2.4	100.0	0.8	479	2.8	100.0	0.9	831	4.8	100.0	1.5	17300	53633

Annexe 5

Score de dépendance de la population envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource envers la population (Sc res), score de consultation (Sc util) et score total par localité (Sc tot), en 1993, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Cabinet soins Botti			
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot
Attata				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Aggl. Ouessè				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Aggl. Odougba				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Gbanlin				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Tosso				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Vossa				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Idadjo				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Djegbé				?				?				?				?				?				?				?				?				?
Total Ouest SP	4	5	4	13	4	5	4	13	3	5	3	11	1	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	9	
Idouya	5	0	3	8	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kokoro	4	1	4	9	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Challa Ogoï	5	1	3	9	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Botti Houegbo	3	0	2	5	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gbédé	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kombon	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kémon	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	5	1	4	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	1	1	0	2	0	0	0	0
Kilibo	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo Gare	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	5	0	0	0	0	0	0	0		
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	3	11	0	0	0	0	
Toui Gare	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	0	0	0	0	
Toui PK	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total Est SP	5	5	5	15	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7	2	5	1	8	2	5	1	8	2	5	1	8	0	0	0	0
Total SP	4	5	4	13	4	5	3	12	2	5	2	9	0	5	0	5	1	5	0	6	1	5	0	6	1	5	0	6	1	5	0	6	1	5	1	7

Annexe 6

Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers la population (% res) et taux de consultation (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toni				Pst. secours Laminou						
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	Total	Pop.	% util
Attata	13	8.2	0.3	2.5	146	91.8	2.7	28.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	159	516	31
Aggl. Ouessè	1205	22.2	23.2	9.1	3982	73.2	72.8	30.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	250	4.6	97.7	1.9	5437	13278	41
Aggl. Odongba	242	25.1	4.7	4.4	716	74.3	13.1	13.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	0.6	2.3	0.1	964	5504	18
Gbanlin	228	16.7	4.4	9.0	167	12.2	3.1	6.6	970	71.1	43.1	38.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1365	2528	54
Tosso	15	2.7	0.3	3.0	41	7.5	0.7	8.2	491	89.8	21.8	98.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	547	498	110
Vossa	91	8.6	1.8	5.1	181	17.1	3.3	10.2	787	74.3	34.9	44.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1059	1773	60
Idadjo	16	25.4	0.3	1.4	43	68.3	0.8	3.9	4	6.3	0.2	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	63	1112	6
Djegbé	107	31.8	2.1	4.3	111	32.9	2.0	4.4	0	0.0	0.0	0.0	119	35.3	100.0	4.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	337	2506	13
Ouest sous-préf.	1917	19.3	36.9	6.9	5387	54.2	98.5	19.4	2252	22.7	100.0	8.1	119	1.2	100.0	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	256	2.6	100.0	0.9	9931	27714	36
Idouya	22	24.2	0.4	3.0	27	29.7	0.5	3.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	42	46.2	6.4	5.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	91	734	12
Kokoro	131	29.2	2.5	7.6	17	3.8	0.3	1.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	300	67.0	45.5	17.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	448	1715	26
Challa Ogoï	97	33.9	1.9	6.6	5	1.7	0.1	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	184	64.3	27.9	12.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	286	1460	20
Botti Houegbo	14	21.5	0.3	3.5	5	7.7	0.1	1.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	46	70.8	7.0	11.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	399	16
Gbédé	33	62.3	0.6	3.8	2	3.8	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	34.0	2.7	2.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	53	858	6
Kombon	59	47.6	1.1	6.4	1	0.8	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	64	51.6	9.7	7.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	124	917	14
Kémon	282	19.5	5.4	8.8	12	0.8	0.2	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1153	79.7	98.6	35.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1447	3217	45
Akpéro	85	61.6	1.6	7.7	2	1.4	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	16	11.6	1.4	1.5	27	19.6	2.8	2.5	8	5.8	0.8	0.7	0	0.0	0.0	0.0	138	1101	13
Kilibo	413	31.9	7.9	8.5	6	0.5	0.1	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	874	67.6	91.9	18.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1293	4864	27
Kilibo Gare	29	54.7	0.6	2.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	24	45.3	2.5	2.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	53	1011	5
Yaoui	161	82.1	3.1	11.8	4	2.0	0.1	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	2.6	0.8	0.4	0	0.0	0.0	0.0	26	13.3	2.7	1.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	196	1359	14
Toni	843	52.0	16.2	26.5	3	0.2	0.1	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	776	47.8	77.8	24.4	0	0.0	0.0	0.0	1622	3182	51
Toni Gare	182	48.5	3.5	7.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	193	51.5	19.3	7.5	0	0.0	0.0	0.0	375	2569	15
Toni PK	239	94.5	4.6	12.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	14	5.5	1.4	0.8	0	0.0	0.0	0.0	253	1846	14
Ogoutédo/Odo A.	689	99.0	13.3	29.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	1.0	0.7	0.3	0	0.0	0.0	0.0	696	2303	30
Est sous-préf.	3279	45.9	63.1	11.9	84	1.2	1.5	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	659	9.2	100.0	2.4	1169	16.4	100.0	4.2	951	13.3	100.0	3.5	998	14.0	100.0	3.6	0	0.0	0.0	0.0	7140	27535	26
Total	5196	30.4	100.0	9.4	5471	32.0	100.0	9.9	2252	13.2	100.0	4.1	119	0.7	100.0	0.2	659	3.9	100.0	1.2	1169	6.8	100.0	2.1	951	5.6	100.0	1.7	998	5.8	100.0	1.8	256	1.5	100.0	0.5	17071	55250	31

Annexe 7

Score de dépendance de la population envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource envers la population (Sc res), score de consultation (Sc util) et score total par localité (Sc tot), en 1994, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				CCS de Gbanlin				CCS de Djegbé				CCS de Challa-Ogoï				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Poste secours Laminou			
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot
Attata	2	0	2	4	5	1	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Aggl. Ouessè	3	4	3	10	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7			
Aggl. Odongba	4	2	2	8	5	3	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1			
Gbanlin	3	2	3	8	3	2	3	8	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tosso	1	0	2	3	2	0	3	5	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vossa	2	1	3	6	3	2	4	9	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Idadjo	4	0	1	5	5	0	2	7	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Djegbé	4	1	2	7	4	1	2	7	0	0	0	0	4	5	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Idouya	3	0	2	5	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kokoro	4	1	3	8	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Challa Ogoï	4	1	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Botti Houegbo	3	0	2	5	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ghédé	5	0	2	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kombon	4	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kémon	3	2	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akpéro	5	2	3	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	5	3	1	2	6	2	0	0	2	0	0	0	
Kilibo	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kilibo Gare	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	4	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	5	14	0	0	0	0	0	0		
Toui Gare	4	2	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	3	12	0	0	0	0	0	0		
Toui PK	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0		
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0		

Annexe 8

Taux de dépendance des hommes envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les hommes (% res) et taux de consultation des hommes (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kénon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total		
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	NC	Hommes	% util								
Attata	9	11.7	0.4	3.8	68	88.3	2.2	29.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	77	234	32.9								
Aggl. Ouessè	541	18.7	21.8	8.5	2226	76.9	73.3	35.2	0	0.0	0.0	0.0	13	0.4	1.4	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	116	4.0	97.5	1.8	2896	6329	45.8								
Aggl. Odongba	119	22.9	4.8	4.5	395	76.1	13.0	14.9	0	0.0	0.0	0.0	2	0.4	0.2	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	3	0.6	2.5	0.1	519	2649	19.6								
Gbanlin	111	14.6	4.5	8.5	92	12.1	3.0	7.0	344	45.1	86.9	26.2	215	28.2	23.7	16.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	762	1312	58.1								
Tosso	11	3.5	0.4	4.5	19	6.0	0.6	7.9	16	5.1	4.0	6.6	269	85.4	29.7	111.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	315	242	130.2								
Vassa	46	7.9	1.9	5.7	98	16.8	3.2	12.1	35	6.0	8.8	4.3	406	69.4	44.8	49.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	585	813	72.0								
Idadjo	9	22.5	0.4	1.6	29	72.5	1.0	5.2	1	2.5	0.3	0.2	1	2.5	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	40	554	7.2								
Djegbé	59	33.9	2.4	5.2	59	33.9	1.9	5.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	56	32.2	100.0	5.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	174	1129	15.4								
Ouest sous-préf.	905	16.9	36.4	6.8	2986	55.6	98.4	22.5	396	7.4	100.0	3.0	906	16.9	100.0	6.8	56	1.0	100.0	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	119	2.2	100.0	0.9	5368	13262	40.5								
Idouya	16	31.4	0.6	4.2	15	29.4	0.5	3.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	13	25.5	10.6	3.4	7	13.7	3.2	1.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	51	380	13.4								
Kokoro	76	31.4	3.1	8.5	7	2.9	0.2	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	29	12.0	23.6	3.2	130	53.7	59.6	14.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	242	899	26.9								
Challa Ogoï	68	41.7	2.7	9.3	3	1.8	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	60	36.8	48.8	8.2	32	19.6	14.7	4.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	163	731	22.3								
Botti Honegbo	11	28.9	0.4	5.4	2	5.3	0.1	1.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	26.3	8.1	4.9	15	39.5	6.9	7.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	38	203	18.7								
Gbédé	20	54.1	0.8	4.3	1	2.7	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	10.8	3.3	0.9	12	32.4	5.5	2.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	37	470	7.9								
Kombon	27	52.9	1.1	6.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	13.7	5.7	1.6	17	33.3	7.8	4.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	51	430	11.9								
Kénon	119	18.5	4.8	7.6	9	1.4	0.3	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	515	80.1	97.9	33.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	643	1560	41.2								
Alpéro	45	60.8	1.8	8.0	1	1.4	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	11	14.9	2.1	2.0	13	17.6	2.8	2.3	4	5.4	0.6	0.7	0	0.0	0.0	0.0	74	561	13.2				
Kilibo	199	31.4	8.0	8.6	5	0.8	0.2	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	429	67.8	92.9	18.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	633	2318	27.3								
Kilibo Gare	8	44.4	0.3	1.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	55.6	2.2	1.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	513	3.5								
Yaoui	82	81.2	3.3	12.1	4	4.0	0.1	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	5.0	2.3	0.7	0	0.0	0.0	0.0	10	9.9	2.2	1.5	0	0.0	0.0	0.0	101	678	14.9								
Toui	397	43.8	16.0	25.7	3	0.3	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	507	55.9	79.7	32.9	0	0.0	0.0	0.0	907	1543	58.8				
Toui Gare	85	42.5	3.4	6.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	115	57.5	18.1	8.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	200	1302	15.4								
Toui PK	111	95.7	4.5	11.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	4.3	0.8	0.5	0	0.0	0.0	0.0	116	941	12.3								
Ogoutédo/Odo A.	317	98.4	12.8	26.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	1.6	0.8	0.4	0	0.0	0.0	0.0	322	1189	27.1								
Est sous-préf.	1581	44.0	63.6	11.5	50	1.4	1.6	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	123	3.4	100.0	0.9	218	6.1	100.0	1.6	526	14.6	100.0	3.8	462	12.8	100.0	3.4	636	17.7	100.0	4.6	0	0.0	0.0	0.0	3596	13718	26.2				
Total	2486	27.7	100.0	9.2	3036	33.9	100.0	11.3	396	4.4	100.0	1.5	906	10.1	100.0	3.4	56	0.6	100.0	0.2	123	1.4	100.0	0.5	218	2.4	100.0	0.8	526	5.9	100.0	1.9	462	5.2	100.0	1.7	636	7.1	100.0	2.4	119	1.3	100.0	0.4	8964	26980	33.2

Annexe 9

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (Sc util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les hommes, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kénon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou								
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot									
Attata	3	0	2	5	5	1	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0						
Aggl. Ouessè	3	4	3	10	5	5	5	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Aggl. Odounga	3	2	2	7	5	3	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Gbanlin	3	2	3	8	3	2	3	8	4	5	5	14	4	4	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Tosso	1	0	2	3	2	0	3	5	2	2	3	7	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Vossa	2	1	3	6	3	2	4	9	2	3	2	7	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Idadjo	3	0	1	4	5	1	3	9	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Djegbé	4	1	3	8	4	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ouest sous-préf.	3	5	3	11	5	5	5	15	2	5	2	9	3	5	3	11	1	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idouya	4	0	2	6	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	3	2	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kokoro	4	2	3	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2	9	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Challa Ogoï	4	1	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Botti Houegbo	4	0	3	7	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	4	2	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gbédé	5	0	2	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	5	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kombon	5	1	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	6	4	3	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kénon	3	2	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	5	1	3	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	2	6	3	1	2	6	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kilibo	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo Gare	4	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	4	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	4	4	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui Gare	4	2	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui PK	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Est sous-préf.	4	5	4	13	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	6	2	5	1	8	3	5	2	10	3	5	2	10	3	5	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	5	3	12	4	5	4	13	1	5	1	7	3	5	2	10	0	5	0	5	1	5	0	6	1	5	0	6	2	5	1	8	2	5	1	8	2	5	2	9	1	5	0	6	0	0	0	0	0

Annexe 10

Taux de dépendance des femmes envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les femmes (% res) et taux de consultation des femmes (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kénon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total				
Localité	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	N	%	pop	% res	% util	NC	Femmes	% util						
Attata	4	4.9	0.1	1.4		78	95.1	3.2	27.8		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	82	281	29.2							
Aggl. Ouessè	663	26.3	24.5	9.5		1756	69.8	72.1	25.3		0	0.0	0.0	0.0	0.0	7	0.3	1.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	91	3.6	96.8	1.3	2517	6948	36.2								
Aggl. Odougba	123	27.5	4.5	4.3		321	71.7	13.2	11.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	1	0.2	0.1	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	3	0.7	3.2	0.1	448	2855	15.7								
Gbanlin	118	19.5	4.4	9.7		75	12.4	3.1	6.2		259	42.9	89.3	21.3	152	25.2	22.3	12.5	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	604	1216	49.7									
Tosso	4	1.7	0.1	1.6		22	9.5	0.9	8.6		3	1.3	1.0	1.2	203	87.5	29.7	79.3	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	232	256	90.6									
Vossa	45	9.5	1.7	4.7		83	17.5	3.4	8.6		27	5.7	9.3	2.8	319	67.3	46.7	33.2	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	474	960	49.4									
Idadjo	7	30.4	0.3	1.3		14	60.9	0.6	2.5		1	4.3	0.3	0.2	1	4.3	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	23	558	4.1									
Djegbé	48	29.1	1.8	3.5		52	31.5	2.1	3.8		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	39.4	100.0	4.7	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	165	1377	12.0									
Ouest sous-préf.	1012	22.3	37.3	7.0		2401	52.8	98.6	16.6		290	6.4	100.0	2.0	683	15.0	100.0	4.7	65	1.4	100.0	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	94	2.1	100.0	0.7	4545	14451	31.5						
Idouya	6	15.0	0.2	1.7		12	30.0	0.5	3.4		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	13	32.5	8.7	3.7	9	22.5	5.3	2.6	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	40	348	11.5					
Kokoro	55	26.7	2.0	6.7		10	4.9	0.4	1.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	33	16.0	22.1	4.0	108	52.4	63.9	13.2	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	206	817	25.2					
Challa Ogoï	30	24.2	1.1	4.1		2	1.6	0.1	0.3		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	77	62.1	51.7	10.6	15	12.1	8.9	2.1	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	124	729	17.0					
Botti Houegbo	3	11.1	0.1	1.5		3	11.1	0.1	1.5		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	9	33.3	6.0	4.6	12	44.4	7.1	6.1	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	27	196	13.8					
Gbedé	13	81.3	0.5	3.4		1	6.3	0.0	0.3		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	1	6.3	0.7	0.3	1	6.3	0.6	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	16	388	4.1					
Kombon	32	43.8	1.2	6.6		1	1.4	0.0	0.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	16	21.9	10.7	3.3	24	32.9	14.2	4.9	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	73	487	15.0					
Kénon	163	20.3	6.0	9.8		3	0.4	0.1	0.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	638	79.4	99.2	38.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	804	1657	48.5						
Akpéro	40	62.5	1.5	7.4		1	1.6	0.0	0.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	7.8	0.8	0.9	14	21.9	2.9	2.6	4	6.3	1.1	0.7	0	0.0	0.0	0.0	64	540	11.9		
Kilibo	214	32.4	7.9	8.4		1	0.2	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	445	67.4	91.0	17.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	660	2546	25.9		
Kilibo Gare	21	60.0	0.8	4.2		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	14	40.0	2.9	2.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	35	498	7.0		
Yaoui	78	83.0	2.9	11.5		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	16	17.0	3.3	2.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	94	681	13.8		
Toui	446	62.4	16.5	27.2		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	269	37.6	74.3	16.4	0	0.0	0.0	0.0	715	1639	43.6		
Toui Gare	97	55.4	3.6	7.6		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	78	44.6	21.5	6.2	0	0.0	0.0	0.0	175	1268	13.8		
Toui PK	128	93.4	4.7	14.1		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	9	6.6	2.5	1.0	0	0.0	0.0	0.0	137	905	15.1		
Ogoutédo/Odo A.	372	99.5	13.7	33.4		0	0.0	0.0	0.0		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	0.5	0.6	0.2	0	0.0	0.0	0.0	374	1114	33.6		
Est sous-préf.	1698	47.9	62.7	12.3		34	1.0	1.4	0.2		0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	149	4.2	100.0	1.1	169	4.8	100.0	1.2	643	18.1	100.0	4.7	489	13.8	100.0	3.5	362	10.2	100.0	2.6	0	0.0	0.0	0.0	3544	13813	25.7		
Total	2710	33.5	100.0	9.6		2435	30.1	100.0	8.6		290	3.6	100.0	1.0	683	8.4	100.0	2.4	65	0.8	100.0	0.2	149	1.8	100.0	0.5	169	2.1	100.0	0.6	643	7.9	100.0	2.3	489	6.0	100.0	1.7	362	4.5	100.0	1.3	94	1.2	100.0	0.3	8089	28264	28.6

Annexe 11

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (SC util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les femmes, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessé				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou						
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot							
Attata	1	0	1	2	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Aggl. Ouessé	4	4	3	11	5	5	5	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggl. Odougba	4	2	2	8	5	3	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbanlin	3	2	3	8	3	2	3	8	4	5	5	14	4	4	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	1	0	1	2	2	0	3	5	1	1	1	3	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vossa	2	1	2	5	3	2	3	8	2	3	2	7	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idadjo	2	0	1	3	5	0	2	7	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Djebgé	4	1	2	7	4	1	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouest sous-préf.	3	5	3	11	5	5	4	14	2	2	2	6	3	5	2	10	1	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idouya	3	0	1	4	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokoro	4	1	3	8	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2	9	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Challa Ogoï	3	1	2	6	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti Honegbo	3	0	1	4	3	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	2	8	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbdé	5	0	2	7	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombon	4	1	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	8	4	3	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kémon	3	2	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akpéro	5	1	3	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	3	1	2	6	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo Gare	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui Gare	5	2	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui PK	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Est sous-préf.	4	5	4	13	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7	1	5	1	7	3	5	2	10	3	5	2	10	3	5	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	5	3	12	4	5	3	12	1	5	1	7	2	5	2	9	0	5	0	5	1	5	0	6	1	5	0	6	2	5	2	9	2	5	1	8	1	5	1	7	1	5	0	0	0	0	0

Annexe 12

Taux de dépendance des enfants de moins d'un an envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les enfants de moins d'un an (% res) et taux de consultation des enfants de moins d'un an (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total		
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	NC	Enf <1 an	% util				
Attata	0	0.0	0.0	0.0	30	100.0	3.4	187.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	16	187.5				
Aggl. Ouessè	118	16.0	17.0	24.1	574	78.0	65.9	117.1	0	0.0	0.0	0.0	4	0.5	1.3	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	40	5.4	95.2	8.2	736	490	150.2								
Aggl. Odougba	24	13.8	3.5	9.8	147	84.5	16.9	59.8	0	0.0	0.0	0.0	1	0.6	0.3	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	1.1	4.8	0.8	174	246	70.7								
Gbanlin	38	14.4	5.5	32.2	25	9.5	2.9	21.2	136	51.5	86.1	115.3	65	24.6	21.0	55.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	264	118	223.7				
Tosso	3	2.9	0.4	16.7	10	9.7	1.1	55.6	5	4.9	3.2	27.8	85	82.5	27.5	472.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	103	18	572.2				
Vossa	13	5.5	1.9	14.1	52	22.1	6.0	56.5	16	6.8	10.1	17.4	154	65.5	49.8	167.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	235	92	255.4				
Idadjo	0	0.0	0.0	0.0	6	85.7	0.7	15.8	1	14.3	0.6	2.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	38	18.4				
Djegbé	9	17.3	1.3	7.9	22	42.3	2.5	19.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	21	40.4	100.0	18.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	52	114	45.6				
Ouest sous-préf.	205	12.8	29.5	18.1	866	54.1	99.4	76.5	158	9.9	100.0	14.0	309	19.3	100.0	27.3	21	1.3	100.0	1.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	42	2.6	100.0	3.7	1601	1132	141.4				
Idouya	2	15.4	0.3	6.7	1	7.7	0.1	3.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	46.2	10.3	20.0	4	30.8	6.1	13.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	13	30	43.3				
Kokoro	8	12.7	1.2	11.9	2	3.2	0.2	3.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	15	23.8	25.9	22.4	38	60.3	57.6	56.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	63	67	94.0				
Challa Ogoï	8	22.2	1.2	16.0	1	2.8	0.1	2.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	22	61.1	37.9	44.0	5	13.9	7.6	10.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	36	50	72.0				
Botti Houegbo	3	15.0	0.4	37.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	25.0	8.6	62.5	12	60.0	18.2	150.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	20	8	250.0				
Gbedé	9	81.8	1.3	25.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	18.2	3.4	5.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	11	35	31.4				
Kombon	6	30.0	0.9	14.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	8	40.0	13.8	18.6	6	30.0	9.1	14.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	20	43	46.5				
Kémon	33	14.6	4.8	21.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	193	85.4	97.5	127.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	226	152	148.7				
Akpéro	8	40.0	1.2	13.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	25.0	2.5	8.6	7	35.0	6.3	12.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	20	58	34.5				
Kilibo	26	22.0	3.7	17.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	92	78.0	82.9	62.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	118	147	80.3				
Kilibo Gare	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	100.0	3.6	7.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	52	7.7				
Yaoui	26	74.3	3.7	43.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	2.9	1.5	1.7	0	0.0	0.0	0.0	8	22.9	7.2	13.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	35	60	58.3				
Toui	140	53.6	20.2	110.2	1	0.4	0.1	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	120	46.0	80.0	94.5	0	0.0	0.0	0.0	261	127	205.5				
Toui Gare	26	46.4	3.7	19.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	53.6	20.0	22.2	0	0.0	0.0	0.0	56	135	41.5				
Toui FK	39	100.0	5.6	45.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	39	85	45.9				
Ogoutédo/Odo A.	155	100.0	22.3	146.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	155	106	146.2				
Est sous-préf.	489	45.4	70.5	42.3	5	0.5	0.6	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	58	5.4	100.0	5.0	66	6.1	100.0	5.7	198	18.4	100.0	17.1	111	10.3	100.0	9.6	150	13.9	100.0	13.0	0	0.0	0.0	0.0	1077	1156	93.2				
Total	694	25.9	100.0	30.3	871	32.5	100.0	38.1	158	5.9	100.0	6.9	309	11.5	100.0	13.5	21	0.8	100.0	0.9	58	2.2	100.0	2.5	66	2.5	100.0	2.9	198	7.4	100.0	8.7	111	4.1	100.0	4.9	150	5.6	100.0	6.6	42	1.6	100.0	1.8	2678	2288	117.0

Annexe 13

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (SC util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les enfants de moins d'un an, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou							
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot								
Attata	0	0	0	0	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Aggl. Ouessè	3	4	5	12	5	5	5	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	3	10				
Aggl. Odongha	3	2	3	8	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3				
Gbanlin	3	2	5	10	2	1	5	8	5	5	5	15	3	4	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tosso	1	0	4	5	2	1	5	8	1	2	5	8	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vossa	2	1	4	7	3	2	5	10	2	3	4	9	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idadjo	0	0	0	0	5	0	4	9	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Djegbé	3	1	3	7	4	1	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ouest sous-préf.	3	4	4	11	5	5	5	15	2	5	4	11	3	5	5	13	1	5	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	8	
Idouya	3	0	3	6	2	0	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	5	12	4	2	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kokoro	3	1	4	8	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	5	12	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Challa Ogoï	3	1	4	8	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	3	3	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Botti Houegbo	3	0	5	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	5	12	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gbedé	5	1	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kombon	4	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	4	11	4	3	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kémon	3	2	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	4	1	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	3	8	4	2	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo	3	2	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kilibo Gare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	3	3	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui Gare	4	2	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui PK	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ogontédo/Odo A.	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Est sous-préf.	4	5	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	3	10	2	5	3	10	3	5	4	12	3	5	3	11	3	5	4	12	0	0	0	0	0	0	0	
Total	4	5	5	14	4	5	5	14	2	5	3	10	3	5	4	12	0	5	0	5	1	5	2	8	1	5	2	8	2	5	3	10	1	5	2	8	2	5	3	10	1	5	1	7				

Annexe 14

Taux de dépendance des enfants de 1 à 4 ans envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les enfants de 1 à 4 ans (% res) et taux de consultation des enfants de 1 à 4 ans (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total		
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	NC	Enf 1-4 ans	% util								
Attata	1	3.0	0.1	1.2	32	97.0	2.5	38.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	33	83	39.8								
Aggl. Ouessè	188	16.1	25.5	9.6	911	77.9	71.7	46.5	0	0.0	0.0	0.0	6	0.5	1.4	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	64	5.5	98.5	3.3	1169	1960	59.6								
Aggl. Odougba	21	9.9	2.9	2.3	191	89.7	15.0	21.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.5	1.5	0.1	213	907	23.6								
Gbanlin	44	12.0	6.0	10.6	32	8.7	2.5	7.7	183	49.9	83.9	44.0	108	29.4	24.9	26.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	367	416	88.2								
Tosso	1	0.7	0.1	1.1	12	8.5	0.9	13.6	9	6.3	4.1	10.2	120	84.5	27.6	136.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	142	88	161.4								
Vossa	17	6.0	2.3	5.1	40	14.2	3.1	12.0	26	9.2	11.9	7.8	199	70.6	45.9	59.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	282	334	84.4								
Idadjo	1	14.3	0.1	0.6	5	71.4	0.4	2.8	0	0.0	0.0	0.0	1	14.3	0.2	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	180	3.9								
Djegbé	20	24.7	2.7	5.1	31	38.3	2.4	7.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	37.0	100.0	7.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	81	391	20.7								
Ouest sous-préf.	293	12.8	39.8	6.7	1254	54.7	98.7	28.8	218	9.5	100.0	5.0	434	18.9	100.0	10.0	30	1.3	100.0	0.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	2.8	100.0	1.5	2294	4359	52.6								
Idouya	5	26.3	0.7	4.4	5	26.3	0.4	4.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	8	42.1	11.6	7.0	1	5.3	1.5	0.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	19	114	16.7								
Kokoro	17	21.8	2.3	6.7	4	5.1	0.3	1.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	12	15.4	17.4	4.7	45	57.7	67.2	17.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	78	255	30.6								
Challa Ogoï	12	19.4	1.6	5.3	1	1.6	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	38	61.3	55.1	16.8	11	17.7	16.4	4.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	62	226	27.4								
Boti Houegbo	2	13.3	0.3	3.1	2	13.3	0.2	3.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	40.0	8.7	9.4	5	33.3	7.5	7.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	15	64	23.4								
Gbédé	3	60.0	0.4	2.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	40.0	2.9	1.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	118	4.2								
Kombon	6	42.9	0.8	4.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	3	21.4	4.3	2.2	5	35.7	7.5	3.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	14	134	10.4								
Kémon	27	11.1	3.7	5.4	3	1.2	0.2	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	213	87.7	99.5	42.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	243	497	48.9								
Akpéro	15	65.2	2.0	8.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	4.3	0.5	0.6	5	21.7	2.1	2.8	2	8.7	0.8	1.1	0	0.0	0.0	0.0	23	176	13.1				
Kilibo	53	19.6	7.2	7.1	1	0.4	0.1	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	216	80.0	91.9	29.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	270	744	36.3								
Kilibo Gare	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	100.0	2.1	3.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	162	3.1								
Yaoui	9	50.0	1.2	4.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	9	50.0	3.8	4.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	211	8.5								
Toui	122	40.1	16.6	22.7	1	0.3	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	181	59.5	69.1	33.6	0	0.0	0.0	0.0	304	538	56.5				
Toui Gare	30	30.3	4.1	6.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	69	69.7	26.3	14.8	0	0.0	0.0	0.0	99	466	21.2				
Toui PK	36	81.8	4.9	10.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	8	18.2	3.1	2.2	0	0.0	0.0	0.0	44	360	12.2				
Ogoutédo/Odo A.	106	98.1	14.4	26.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	1.9	0.8	0.5	0	0.0	0.0	0.0	108	402	26.9				
Est sous-préf.	443	33.9	60.2	9.9	17	1.3	1.3	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	69	5.3	100.0	1.5	67	5.1	100.0	1.5	214	16.4	100.0	4.8	235	18.0	100.0	5.3	262	20.0	100.0	5.9	0	0.0	0.0	0.0	1307	4467	29.3				
Total	736	20.4	100.0	8.3	1271	35.3	100.0	14.4	218	6.1	100.0	2.5	434	12.1	100.0	4.9	30	0.8	100.0	0.3	69	1.9	100.0	0.8	67	1.9	100.0	0.8	214	5.9	100.0	2.4	235	6.5	100.0	2.7	262	7.3	100.0	3.0	65	1.8	100.0	0.7	3601	8826	40.8

Annexe 15

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (Sc util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les enfants de 1 à 4 ans, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou					
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot						
Attata	1	0	1	2	5	1	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Aggl. Ouessè	3	4	3	10	5	5	5	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	2	9					
Aggl. Odongba	2	1	2	5	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0				
Gbanlin	3	2	4	9	2	1	3	6	4	5	5	14	4	4	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Tosso	0	0	1	1	2	0	4	6	2	2	4	8	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vossa	2	1	3	6	3	2	4	9	2	3	3	8	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idadjo	3	0	0	3	5	0	2	7	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Djegbé	3	1	3	7	4	1	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ouest sous-préf.	3	5	3	11	5	5	5	15	2	5	3	10	3	5	3	11	1	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	7				
Idouya	4	0	2	6	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	10	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kokoro	3	1	3	7	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2	9	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Challa Ogoï	3	1	3	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	3	4	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Botti Houegbo	3	0	2	5	3	0	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	10	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gbedé	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Kombon	4	0	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	4	3	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kémon	3	2	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	5	1	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	1	2	6	2	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0			
Kilibo	3	3	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kilibo Gare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Yaoui	5	1	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui	4	4	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0			
Toui Gare	4	2	3	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0			
Toui PK	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Ogontédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Est sous-préf.	4	5	3	12	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	1	8	2	5	1	8	3	5	2	10	3	5	3	11	3	5	3	11	0	0	0	0	0		
Total	3	5	3	11	4	5	4	13	2	5	2	9	3	5	2	10	0	5	0	5	1	5	0	6	1	5	0	6	2	5	2	9	2	5	2	9	2	5	2	9	1	5	0	6		

Annexe 16

Taux de dépendance des enfants de 5 à 14 ans envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les enfants de 5 à 14 ans (% res) et taux de consultation des enfants de 5 à 14 ans (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total		
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	NC	Enf. 5-14 ans	% util								
Attata	5	13.2	1.1	3.3	33	86.8	4.2	21.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	38	151	25.2				
Aggl. Ouessè	82	11.5	18.1	2.0	588	82.8	74.6	14.5	0	0.0	0.0	0.0	1	0.1	0.5	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	39	5.5	95.1	1.0	710	4055	17.5								
Aggl. Odoumba	32	24.4	7.0	1.8	97	74.0	12.3	5.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	1.5	4.9	0.1	131	1819	7.2								
Gbanlin	24	13.8	5.3	2.9	27	15.5	3.4	3.2	79	45.4	91.9	9.5	44	25.3	23.7	5.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	174	832	20.9				
Tosso	3	4.6	0.7	1.9	4	6.2	0.5	2.6	1	1.5	1.2	0.6	57	87.7	30.6	36.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	155	41.9				
Vossa	9	8.4	2.0	1.6	8	7.5	1.0	1.5	6	5.6	7.0	1.1	84	78.5	45.2	15.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	107	546	19.6				
Idadjo	1	12.5	0.2	0.3	7	87.5	0.9	1.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	8	379	2.1				
Djegbé	7	12.7	1.5	0.9	18	32.7	2.3	2.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	54.5	100.0	3.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	55	811	6.8				
Ouest sous-préf.	163	12.7	35.9	1.9	782	60.7	99.2	8.9	86	6.7	100.0	1.0	186	14.4	100.0	2.1	30	2.3	100.0	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	41	3.2	100.0	0.5	1288	8748	14.7				
Idouya	0	0.0	0.0	0.0	1	20.0	0.1	0.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	40.0	8.0	1.0	2	40.0	2.9	1.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	191	2.6				
Kokoro	6	10.7	1.3	1.3	1	1.8	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	7.1	16.0	0.9	45	80.4	66.2	10.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	56	447	12.5				
Challa Ogoï	9	27.3	2.0	2.0	1	3.0	0.1	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	15	45.5	60.0	3.4	8	24.2	11.8	1.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	33	446	7.4				
Botti Houegbo	3	23.1	0.7	2.2	2	15.4	0.3	1.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	30.8	16.0	3.0	4	30.8	5.9	3.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	13	135	9.6				
Gbedé	5	71.4	1.1	2.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	2	28.6	2.9	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	249	2.8				
Kombon	3	30.0	0.7	1.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	7	70.0	10.3	2.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	288	3.5				
Kémon	29	17.0	6.4	3.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	142	83.0	97.3	14.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	171	961	17.8				
Akpéro	9	60.0	2.0	2.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	26.7	2.7	1.2	1	6.7	0.6	0.3	0	0.0	0.0	0.0	15	328	4.6				
Kilibo	36	20.6	7.9	2.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	139	79.4	93.9	9.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	175	1410	12.4				
Kilibo Gare	5	50.0	1.1	1.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	50.0	3.4	1.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	285	3.5				
Yaoui	26	86.7	5.7	7.0	1	3.3	0.1	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	3	10.0	2.0	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	370	8.1				
Toui	66	35.3	14.5	7.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	121	64.7	78.1	13.7	0	0.0	0.0	0.0	187	885	21.1				
Toui Gare	15	31.9	3.3	2.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	32	68.1	20.6	4.6	0	0.0	0.0	0.0	47	689	6.8				
Toui PK	20	100.0	4.4	4.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	20	463	4.3				
Ogoutédo/Odo A.	59	98.3	13.0	9.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	1.7	0.6	0.2	0	0.0	0.0	0.0	60	647	9.3				
Est sous-préf.	291	34.7	64.1	3.7	6	0.7	0.8	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	25	3.0	100.0	0.3	68	8.1	100.0	0.9	146	17.4	100.0	1.9	148	17.6	100.0	1.9	155	18.5	100.0	2.0	0	0.0	0.0	0.0	839	7794	10.8				
Total	454	21.3	100.0	2.7	788	37.0	100.0	4.8	86	4.0	100.0	0.5	186	8.7	100.0	1.1	30	1.4	100.0	0.2	25	1.2	100.0	0.2	68	3.2	100.0	0.4	146	6.9	100.0	0.9	148	7.0	100.0	0.9	155	7.3	100.0	0.9	41	1.9	100.0	0.2	2127	16542	12.9

Annexe 17

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (SC util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les enfants de 5 à 14 ans, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou							
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot								
Attata	3	1	2	6	5	2	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Aggl. Ouessè	3	4	2	9	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Aggl. Odongha	3	3	1	7	5	3	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Gbanlin	3	2	2	7	3	2	2	7	4	5	3	12	4	4	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Tosso	1	0	1	2	2	0	2	4	1	1	0	2	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Vossa	2	1	1	4	2	1	1	4	2	2	1	5	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Idadjo	3	0	0	3	5	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Djegbé	3	1	0	4	4	1	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ouest sous-préf.	3	5	1	9	5	5	3	13	2	5	0	7	3	5	2	10	1	5	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Idouya	0	0	0	0	3	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	8	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kokoro	3	1	1	5	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	0	6	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Challa Ogoï	4	1	2	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	2	11	3	3	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Botti Houegbo	3	0	2	5	3	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	2	10	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Gbedé	5	1	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kombon	4	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kémon	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	5	1	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	6	2	0	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	3	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kilibo Gare	5	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	3	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui Gare	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Toui PK	5	2	2	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Ogontédo/Odo A.	5	3	3	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Est sous-préf.	4	5	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	6	2	5	0	7	3	5	1	9	3	5	1	9	3	5	1	9	0	0	0	0	0	0	0	
Total	3	5	2	10	4	5	2	11	1	5	0	6	2	5	1	8	1	5	0	6	1	5	0	6	1	5	0	6	2	5	0	7	2	5	0	7	2	5	0	7	1	5	0	6				

Annexe 18

Taux de dépendance des adultes envers chaque service de santé (% pop), taux de dépendance de la ressource envers les adultes (% res) et taux de consultation des adultes (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kémon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				Total		
Localité	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	N	% pop	% res	% util	NC	Adultes	% util								
Attata	7	12.1	0.2	2.7	51	87.9	2.0	19.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	58	263	22.1				
Aggl. Ouessè	817	29.2	24.6	12.1	1909	68.2	75.1	28.3	0	0.0	0.0	0.0	9	0.3	1.4	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	64	2.3	98.5	0.9	2799	6755	41.4								
Aggl. Odougba	165	36.7	5.0	6.5	281	62.6	11.1	11.1	0	0.0	0.0	0.0	2	0.4	0.3	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	0.2	1.5	0.0	449	2525	17.8								
Gbanlin	123	21.9	3.7	10.6	83	14.8	3.3	7.2	205	36.5	91.5	17.7	150	26.7	22.7	12.9	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	561	1160	48.4				
Tosso	8	3.4	0.2	3.4	15	6.3	0.6	6.3	4	1.7	1.8	1.7	210	88.6	31.8	88.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	237	237	100.0				
Vossa	52	12.0	1.6	6.5	81	18.6	3.2	10.1	14	3.2	6.3	1.8	288	66.2	43.6	36.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	435	799	54.4				
Idadjo	13	32.5	0.4	2.5	25	62.5	1.0	4.9	1	2.5	0.4	0.2	1	2.5	0.2	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	40	512	7.8				
Djegbé	71	47.7	2.1	6.0	40	26.8	1.6	3.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	38	25.5	100.0	3.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	149	1187	12.6				
Ouest sous-préf.	1256	26.6	37.9	9.3	2485	52.6	97.8	18.5	224	4.7	100.0	1.7	660	14.0	100.0	4.9	38	0.8	100.0	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	65	1.4	100.0	0.5	4728	13438	35.2				
Idouya	16	29.1	0.5	4.1	20	36.4	0.8	5.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	18.2	8.3	2.6	9	16.4	4.8	2.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	55	387	14.2				
Kokoro	101	40.1	3.0	10.7	10	4.0	0.4	1.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	31	12.3	25.8	3.3	110	43.7	59.1	11.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	252	947	26.6
Challa Ogoï	69	44.2	2.1	9.3	2	1.3	0.1	0.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	62	39.7	51.7	8.4	23	14.7	12.4	3.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	156	738	21.1				
Botti Houegbo	6	35.3	0.2	3.1	1	5.9	0.0	0.5	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	23.5	3.3	2.1	6	35.3	3.2	3.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	17	192	8.9
Gbedé	16	53.3	0.5	3.6	2	6.7	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	1	3.3	0.8	0.2	11	36.7	5.9	2.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	30	450	6.7
Kombon	44	55.0	1.3	9.9	1	1.3	0.0	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	12	15.0	10.0	2.7	23	28.8	12.4	5.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	80	446	17.9
Kémon	193	23.9	5.8	12.0	9	1.1	0.4	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	605	75.0	99.0	37.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	807	1606	50.2
Akpéro	54	66.7	1.6	10.0	2	2.5	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	7.4	1.0	1.1	14	17.3	3.1	2.6	5	6.2	1.2	0.9	0	0.0	0.0	0.0	81	539	15.0
Kilibo	298	40.8	9.0	11.6	5	0.7	0.2	0.2	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	427	58.5	93.4	16.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	730	2562	28.5
Kilibo Gare	24	70.6	0.7	4.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	10	29.4	2.2	2.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	34	510	6.7
Yaoui	100	88.5	3.0	13.9	3	2.7	0.1	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	3.5	2.2	0.6	0	0.0	0.0	0.0	6	5.3	1.3	0.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	113	717	15.8
Toui	514	59.1	15.5	31.5	1	0.1	0.0	0.1	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	354	40.7	82.1	21.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	869	1630	53.3
Toui Gare	111	64.2	3.3	8.7	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	62	35.8	14.4	4.8	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	173	1281	13.5
Toui PK	144	96.0	4.3	15.3	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	6	4.0	1.4	0.6	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	150	939	16.0
Ogoutédo/Odo A.	369	98.9	11.1	33.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	4	1.1	0.9	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	373	1118	33.4
Est sous-préf.	2059	52.5	62.1	14.6	56	1.4	2.2	0.4	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	120	3.1	100.0	0.9	186	4.7	100.0	1.3	611	15.6	100.0	4.3	457	11.7	100.0	3.2	431	11.0	100.0	3.1	0	0.0	0.0	0.0	3920	14062	27.9
Total	3315	38.3	100.0	12.1	2541	29.4	100.0	9.2	224	2.6	100.0	0.8	660	7.6	100.0	2.4	38	0.4	100.0	0.1	120	1.4	100.0	0.4	186	2.2	100.0	0.7	611	7.1	100.0	2.2	457	5.3	100.0	1.7	431	5.0	100.0	1.6	65	0.8	100.0	0.2	8648	27500	31.4

Annexe 19

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de dépendance de la ressource (Sc res), score de consultation (SC util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les adultes, permettant de délimiter l'aire d'attraction de chaque service

	Hôpital Saint-Martin				CSSP de Ouessè				Maternité de Gbanlin				Dispensaire de Tosso				CCS de Djegbé				Mat. de Challa Ogoï				Disp. de Kokoro				CCS de Kénon				CCS de Kilibo				CCS de Toui				Pst. secours Laminou				
Localité	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc res	Sc util	Sc tot					
Attata	3	0	2	5	5	1	4	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
Aggl. Ouessè	4	4	4	12	5	5	5	15	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
Aggl. Odougba	4	2	3	9	5	3	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Gbanlin	3	2	4	9	3	2	3	8	4	5	4	13	4	4	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	1	0	2	3	2	0	3	5	1	1	1	3	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Vossa	3	1	3	7	3	2	4	9	1	2	1	4	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Idadjo	4	0	2	6	5	0	2	7	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Djegbé	4	1	3	8	4	1	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	2	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ouest sous-préf.	4	5	3	12	5	5	4	14	1	5	1	7	3	5	2	10	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Idouya	4	0	2	6	4	0	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	8	3	2	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Kokoro	4	2	4	10	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2	9	4	5	4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Challa Ogoï	4	1	3	8	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	3	12	3	3	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti Houegbo	4	0	2	6	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	2	7	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbédé	5	0	2	7	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombon	5	1	3	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	8	4	3	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kénon	3	2	4	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Akpéro	5	1	4	10	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	3	2	2	7	2	1	0	3	0	0	0	0		
Kilibo	4	3	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4	14	0	0	0	0	0	0	0	0		
Kilibo Gare	5	0	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Yaoui	5	2	4	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0	2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
Toui	5	4	5	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	5	14	0	0	0	0		
Toui Gare	5	2	3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	9	0	0	0	0			
Toui PK	5	2	4	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0	0		
Ogoutédo/Odo A.	5	3	5	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Est sous-préf.	5	5	4	14	1	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	6	1	5	1	7	3	5	2	10	3	5	2	10	3	5	2	10	0	0	0	0	
Total	4	5	4	13	4	5	3	12	1	5	0	6	2	5	2	9	0	5	0	5	1	5	0	6	1	5	0	6	2	5	2	9	2	5	1	8	1	5	1	7	0	5	0	5	

Annexe 20

Taux de dépendance de la population envers chaque service de santé (% pop) et taux de consultation (% util) par localité en 1994

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			CCS de Gbanlin			CCS de Djegbé			CCS de Challa-Ogoï			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Pst. secours Laminou					
Localité	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	Total	Pop.	% util
Attata	13	8.2	2.5	146	91.8	28.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	159	516	31
Aggl. Ouessè	1205	22.2	9.1	3982	73.2	30.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	250	4.6	1.9	5437	13278	41
Aggl. Odougba	242	25.1	4.4	716	74.3	13.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	6	0.6	0.1	964	5504	18
Gbanlin	228	16.7	9.0	167	12.2	6.6	970	71.1	38.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1365	2528	54
Tosso	15	2.7	3.0	41	7.5	8.2	491	89.8	98.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	547	498	110
Vossa	91	8.6	5.1	181	17.1	10.2	787	74.3	44.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1059	1773	60
Idadjo	16	25.4	1.4	43	68.3	3.9	4	6.3	0.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	63	1112	6
Djegbé	107	31.8	4.3	111	32.9	4.4	0	0.0	0.0	119	35.3	4.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	337	2506	13
Ouest sous-préf.	1917	19.3	6.9	5387	54.2	19.4	2252	22.7	8.1	119	1.2	0.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	256	2.6	0.9	9931	27714	36
Idouya	22	24.2	3.0	27	29.7	3.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	42	46.2	5.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	91	734	12
Kokoro	131	29.2	7.6	17	3.8	1.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	300	67.0	17.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	448	1715	26
Challa Ogoï	97	33.9	6.6	5	1.7	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	184	64.3	12.6	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	286	1460	20
Botti Houegbo	14	21.5	3.5	5	7.7	1.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	46	70.8	11.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	65	399	16
Gbédé	33	62.3	3.8	2	3.8	0.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	18	34.0	2.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	53	858	6
Kombon	59	47.6	6.4	1	0.8	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	64	51.6	7.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	124	917	14
Kémon	282	19.5	8.8	12	0.8	0.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1153	79.7	35.8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1447	3217	45
Akpéro	85	61.6	7.7	2	1.4	0.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	16	11.6	1.5	27	19.6	2.5	8	5.8	0.7	0	0.0	0.0	138	1101	13
Kilibo	413	31.9	8.5	6	0.5	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	874	67.6	18.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1293	4864	27
Kilibo Gare	29	54.7	2.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	24	45.3	2.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	53	1011	5
Yaoui	161	82.1	11.8	4	2.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	5	2.6	0.4	0	0.0	0.0	26	13.3	1.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	196	1359	14
Toui	843	52.0	26.5	3	0.2	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	776	47.8	24.4	0	0.0	0.0	1622	3182	51
Toui Gare	182	48.5	7.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	193	51.5	7.5	0	0.0	0.0	375	2569	15
Toui PK	239	94.5	12.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	14	5.5	0.8	0	0.0	0.0	253	1846	14
Ogoutédo/Odo A.	689	99.0	29.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	7	1.0	0.3	0	0.0	0.0	696	2303	30
Est sous-préf.	3279	45.9	11.9	84	1.2	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	659	9.2	2.4	1169	16.4	4.2	951	13.3	3.5	998	14.0	3.6	0	0.0	0.0	7140	27535	26
Total	5196	30.4	9.4	5471	32.0	9.9	2252	13.2	4.1	119	0.7	0.2	659	3.9	1.2	1169	6.8	2.1	951	5.6	1.7	998	5.8	1.8	256	1.5	0.5	17071	55250	31

Annexe 21

Score de dépendance de la population envers chaque service de santé (Sc pop), score de consultation (Sc util) et indice de dépendance par localité (Sc tot), en 1994, pour la délimitation des espaces de soins

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			CCS de Gbanlin			CCS de Djegbé			CCS de Challa-Ogoï			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Poste sec. Laminou		
Localité	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot
Attata	2	2	4	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggl. Ouessè	3	3	6	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	
Aggl. Odougba	4	2	6	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbanlin	3	3	6	3	3	6	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	1	2	3	2	3	5	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vossa	2	3	5	3	4	7	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idadjo	4	1	5	5	2	7	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Djegbé	4	2	6	4	2	6	0	0	0	4	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idouya	3	2	5	4	2	6	0	0	0	0	0	0	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokoro	4	3	7	1	1	2	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Challa Ogoï	4	3	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti Houegbo	3	2	5	2	1	3	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbédé	5	2	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombon	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kémon	3	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akpéro	5	3	8	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	3	2	5	2	0	2	0	0	0
Kilibo	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0	0	0	0	0
Kilibo Gare	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	6	0	0	0	0	0	0
Yaoui	5	4	9	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3	1	4	0	0	0	0	0	0
Toui	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	5	9	0	0	0
Toui Gare	4	3	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8	0	0	0
Toui PK	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Ogoutédo/Odo A.	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0

Annexe 22

Taux de dépendance envers chaque service de santé (% pop) et taux de consultation (% util) par localité en 1994 pour les cas de paludisme

	Hôpital Saint-Martin			CSPS de Ouessè			Maternité de Gbanlin			Disp. de Tosso			Mat. de Challa Ogoï			Disp. de Kokoro			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Pst. secours Laminou			Total		
Localité	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	NC	Population	% util
Attata	3	6.5	0.6	43	93.5	8.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	46	516	8.9
Aggl. Ouessè	118	7.5	0.9	1331	84.2	10.0	0	0.0	0.0	6	0.4	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	125	7.9	0.9	1580	13278	11.9
Aggl. Odougba	11	4.2	0.2	248	94.7	4.5	0	0.0	0.0	2	0.8	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	0.4	0.0	262	5504	4.8
Gbanlin	33	7.0	1.3	48	10.2	1.9	269	57.0	10.6	122	25.8	4.8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	472	2528	18.7
Tosso	0	0.0	0.0	10	5.1	2.0	7	3.6	1.4	178	91.3	35.8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	195	498	39.2
Vossa	9	2.5	0.5	58	15.8	3.3	20	5.5	1.1	279	76.2	15.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	366	1773	20.6
Idadjo	0	0.0	0.0	12	92.3	1.1	1	7.7	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	13	1112	1.2
Djegbé	13	31.7	0.5	28	68.3	1.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	41	2506	1.6
Ouest sous-préf.	187	6.3	0.7	1778	59.8	6.4	297	10.0	1.1	587	19.7	2.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	126	4.2	0.5	2975	27714	10.7
Idouya	2	8.0	0.3	6	24.0	0.8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	15	60.0	2.0	2	8.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	25	734	3.4
Kokoro	20	18.5	1.2	5	4.6	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	22	20.4	1.3	61	56.5	3.6	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	108	1715	6.3
Challa Ogoï	8	8.8	0.5	2	2.2	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	71	78.0	4.9	10	11.0	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	91	1460	6.2
Botti Houegbo	0	0.0	0.0	2	10.5	0.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	9	47.4	2.3	8	42.1	2.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	19	399	4.8
Gbédé	2	33.3	0.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	16.7	0.1	3	50.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	6	858	0.7
Kombon	2	9.1	0.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	7	31.8	0.8	13	59.1	1.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	22	917	2.4
Kémon	24	7.5	0.7	2	0.6	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	296	91.9	9.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	322	3217	10.0
Akpéro	8	32.0	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	4	16.0	0.4	11	44.0	1.0	2	8.0	0.2	0	0.0	0.0	25	1101	2.3
Kilibo	30	8.1	0.6	2	0.5	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	339	91.4	7.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	371	4864	7.6
Kilibo Gare	3	30.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	7	70.0	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	10	1011	1.0
Yaoui	32	66.7	2.4	2	4.2	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	14	29.2	1.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	48	1359	3.5
Toui	98	22.7	3.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	334	77.3	10.5	0	0.0	0.0	432	3182	13.6
Toui Gare	26	23.4	1.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	85	76.6	3.3	0	0.0	0.0	111	2569	4.3
Toui PK	23	82.1	1.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	5	17.9	0.3	0	0.0	0.0	28	1846	1.5
Ogoutédo/Odo A.	94	95.9	4.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	4	4.1	0.2	0	0.0	0.0	98	2303	4.3
Est sous-préf.	372	21.7	1.4	21	1.2	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	125	7.3	0.5	97	5.7	0.4	300	17.5	1.1	371	21.6	1.3	430	25.1	1.6	0	0.0	0.0	1716	27535	6.2
Total	559	11.9	1.0	1799	38.4	3.3	297	6.3	0.5	587	12.5	1.1	125	2.7	0.2	97	2.1	0.2	300	6.4	0.5	371	7.9	0.7	430	9.2	0.8	126	2.7	0.2	4691	55250	8.5

Annexe 23

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de consultation (Sc util) et indice de dépendance (Sc tot) en 1994, pour les cas de paludisme, permettant de délimiter les espaces de soins par localité

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			Maternité de Gbanlin			Disp. de Tosso			Mat. de Challa Ogoï			Disp. de Kokoro			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Pst. secours Laminou		
Localité	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot
Attata	2	0	2	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggl. Ouessè	2	0	2	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
Aggl. Odougba	1	0	1	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbanlin	2	1	3	3	1	4	5	4	9	4	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	0	0	0	2	2	4	1	1	2	5	5	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vossa	1	0	1	3	2	5	2	1	3	5	4	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idadjo	0	0	0	5	1	6	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Djegbé	4	0	4	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouest sous-préf.	2	0	2	5	3	8	2	1	3	3	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Idouya	2	0	2	3	0	3	0	0	0	0	0	0	5	2	7	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokoro	3	1	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	1	4	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Challa Ogoï	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	2	7	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti Houegbo	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	4	2	6	4	2	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbédé	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombon	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kémon	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akpéro	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	4	0	4	2	0	2	0	0	0
Kilibo	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	8	0	0	0	0	0	0
Kilibo Gare	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0
Yaoui	5	2	7	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	5	0	0	0	0	0	0
Toui	3	2	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4	9	0	0	0
Toui Gare	3	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	7	0	0	0
Toui PK	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Ogoutédo/Odo A.	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Est sous-préf.	3	1	4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	2	3	1	4	3	1	4	4	1	5	0	0	0
Total	3	1	4	4	2	6	2	0	2	3	1	4	1	0	1	1	0	1	2	0	2	2	0	2	2	0	2	1	0	1

Annexe 24

Taux de dépendance envers chaque service de santé (% pop) et taux de consultation (% util) par localité en 1994 pour les affections uro-génitales

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			Maternité de Gbanlin			Disp. de Tosso			Mat. de Challa Ogoï			Disp. de Kokoro			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Pst. secours Laminou			Total		
Localité	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	N	% pop	% util	NC	Population	% util
Attata	0	0.0	0.0	6	100.0	1.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	6	516	1.2
Aggl. Ouessè	293	68.0	2.2	134	31.1	1.0	0	0.0	0.0	4	0.9	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	431	13278	3.2
Aggl. Odougba	78	66.1	1.4	40	33.9	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	118	5504	2.1
Gbanlin	49	62.0	1.9	8	10.1	0.3	15	19.0	0.6	7	8.9	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	79	2528	3.1
Tosso	8	40.0	1.6	2	10.0	0.4	0	0.0	0.0	10	50.0	2.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	20	498	4.0
Vossa	7	24.1	0.4	9	31.0	0.5	1	3.4	0.1	12	41.4	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	29	1773	1.6
Idadjo	4	57.1	0.4	2	28.6	0.2	0	0.0	0.0	1	14.3	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	7	1112	0.6
Djégbé	26	68.4	1.0	12	31.6	0.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	38	2506	1.5
Ouest sous-préf.	465	63.9	1.7	213	29.3	0.8	16	2.2	0.1	34	4.7	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	728	27714	2.6
Idouya	2	25.0	0.3	3	37.5	0.4	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	12.5	0.1	2	25.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	8	734	1.1
Kokoro	27	55.1	1.6	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	10	20.4	0.6	12	24.5	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	49	1715	2.9
Challa Ogoï	18	54.5	1.2	1	3.0	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	12	36.4	0.8	2	6.1	0.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	33	1460	2.3
Botti Houegbo	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	100.0	0.8	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	399	0.8
Gbédé	6	66.7	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	33.3	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	9	858	1.0
Kombon	18	56.3	2.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	8	25.0	0.9	6	18.8	0.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	32	917	3.5
Kémon	89	51.1	2.8	1	0.6	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	84	48.3	2.6	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	174	3217	5.4
Akpéro	18	90.0	1.6	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	2	10.0	0.2	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	20	1101	1.8
Kilibo	95	79.2	2.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	25	20.8	0.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	120	4864	2.5
Kilibo Gare	3	100.0	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	1011	0.3
Yaoui	29	87.9	2.1	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	4	12.1	0.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	33	1359	2.4
Toui	174	87.4	5.5	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	25	12.6	0.8	0	0.0	0.0	199	3182	6.3
Toui Gare	33	91.7	1.3	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	3	8.3	0.1	0	0.0	0.0	36	2569	1.4
Toui PK	50	98.0	2.7	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	1	2.0	0.1	0	0.0	0.0	51	1846	2.8
Ogoutédo/Odo A.	89	100.0	3.9	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	89	2303	3.9
Est sous-préf.	651	75.8	2.4	5	0.6	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0	34	4.0	0.1	29	3.4	0.1	84	9.8	0.3	27	3.1	0.1	29	3.4	0.1	0	0.0	0.0	859	27535	3.1
Total	1116	70.3	2.0	218	13.7	0.4	16	1.0	0.0	34	2.1	0.1	34	2.1	0.1	29	1.8	0.1	84	5.3	0.2	27	1.7	0.0	29	1.8	0.1	0	0.0	0.0	1587	55250	2.9

Annexe 25

Score de dépendance envers chaque service de santé (Sc pop), score de consultation (Sc util) et indice de dépen-dance (Sc tot) en 1994, pour les affections uro-génitales, permettant de délimiter les espaces de soins par localité

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			Maternité de Gbanlin			Disp. de Tosso			Mat. de Challa Ogoï			Disp. de Kokoro			CCS de Kémon			CCS de Kilibo			CCS de Toui			Pst. secours Laminou		
Localité	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot
Attata	0	0	0	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggl. Ouessè	5	1	6	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aggl. Odougba	5	1	6	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbanlin	5	1	6	3	0	3	3	0	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tosso	4	1	5	3	0	3	0	0	0	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vossa	3	0	3	4	0	4	1	0	1	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idadjo	5	0	5	4	0	4	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Djégbé	5	1	6	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouest sous-préf.	5	1	6	4	0	4	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Idouya	4	0	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0	3	0	3	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kokoro	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Challa Ogoï	5	1	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	4	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Botti Houegbo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gbédé	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kombon	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kémon	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Akpéro	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Kilibo	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0
Kilibo Gare	5	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yaoui	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Toui	5	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0
Toui Gare	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Toui PK	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Ogoutédo/Odo A.	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Est sous-préf.	5	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0
Total	5	1	6	3	0	3	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	0	2	1	0	1	1	0	1	0	0	0

Annexe 26

Taux et score de dépendance de la population envers chaque service de santé (% pop et Sc pop), taux et score d'hospitalisation (% hosp et Sc hosp) par localité et indice global de dépendance (Sc tot) pour les hospitalisations en 1994, pour définir les limites des espaces de soins

	Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè			Total			Hôpital Saint-Martin			CSSP de Ouessè		
Localité	N	% pop	% hosp	N	% pop	% hosp	N hosp	N pop.	% hosp	Sc pop	Sc util	Sc tot	Sc pop	Sc util	Sc tot
Attata	4	12.1	7.8	29	87.9	56.2	33	516	64	1	2	3	5	5	10
Aggl. Ouessè	280	40.6	21.1	410	59.4	30.9	690	13278	52	3	4	7	4	5	9
Aggl. Odougba	12	9.5	2.2	114	90.5	20.7	126	5504	23	1	1	2	5	4	9
Gbanlin	14	29.2	5.5	34	70.8	13.4	48	2528	19	2	2	4	4	3	7
Tosso	1	14.3	2.0	6	85.7	12.1	7	498	14	1	1	2	5	3	8
Vossa	12	20.7	6.8	46	79.3	25.9	58	1773	33	2	2	4	5	4	9
Idadjo	4	33.3	3.6	8	66.7	7.2	12	1112	11	3	1	4	4	2	6
Djégbé	19	34.5	7.6	36	65.5	14.4	55	2506	22	3	2	5	4	3	7
Ouest sous-préf.	346	33.6	12.5	683	66.4	24.6	1029	27714	37						
Idouya	7	46.7	9.6	8	53.3	11.0	15	734	20	3	2	5	4	3	7
Kokoro	37	92.5	21.6	3	7.5	1.7	40	1715	23	5	4	9	1	1	2
Challa Ogoï	31	88.6	21.2	4	11.4	2.7	35	1460	24	5	4	9	1	1	2
Botti Houegbo	1	50.0	2.5	1	50.0	2.5	2	399	5	4	1	5	4	1	5
Gbédé	8	100.0	9.3	0	0.0	0.0	8	858	9	5	2	7	0	0	0
Kombon	14	100.0	15.3	0	0.0	0.0	14	917	15	5	3	8	0	0	0
Kémon	80	98.8	24.9	1	1.2	0.3	81	3217	25	5	4	9	0	0	0
Akpéro	27	100.0	24.5	0	0.0	0.0	27	1101	25	5	4	9	0	0	0
Kilibo	101	100.0	20.8	0	0.0	0.0	101	4864	21	5	4	9	0	0	0
Kilibo Gare	3	100.0	3.0	0	0.0	0.0	3	1011	3	5	1	6	0	0	0
Yaoui	33	97.1	24.3	1	2.9	0.7	34	1359	25	5	4	9	0	0	0
Toui	192	99.5	60.3	1	0.5	0.3	193	3182	61	5	5	10	0	0	0
Toui Gare	48	100.0	18.7	0	0.0	0.0	48	2569	19	5	3	8	0	0	0
Toui PK	53	100.0	28.7	0	0.0	0.0	53	1846	29	5	4	9	0	0	0
Ogoutédo/Odo A.	129	100.0	56.0	0	0.0	0.0	129	2303	56	5	5	10	0	0	0

