

**RAPPORT DE STAGE
IMMERSION EN COMMUNAUTÉ**

24 mai au 3 juillet 2009

**PROJET DE LUTTE
CONTRE LE DIABÈTE
AU BENIN**

**Par Judith BARASCHE, Guillemette BARRAS,
Giuseppina GUIDO et Valeria KHEIR
de l'Université de Genève**

en association avec

l'ASVB – Association de Solidarité avec les Villages du Bénin

TABLES DES MATIÈRES

	page
• Introduction	3
○ Motivations	3
○ Problématique du Diabète	4
○ Le Projet	5
• Le Bénin	6
○ Présentation du Pays	6
○ Le Système de Santé au Bénin	8
! L'Hôpital d'Allada	9
! Le Centre de Dépistage et de Traitement	
de l'Ulcère de Buruli d'Allada (CDTUB)	11
! Le centre privé de diabétologie	
- banque d'insuline à Cotonou	12
• Notre Projet – Sensibilisation et Dépistage du Diabète	14
○ Préparation de notre Voyage au Bénin	14
○ 1ère semaine – Identification des Relais communautaire	16
! Croyances de la Population concernant le Diabète	18
○ 2ème semaine – Formation des Relais communautaires	19
! Le Contenu des Cours donnés	21
! Les Activités	25
! Points positifs et Commentaires	27
○ 3ème semaine – Dépistage de la Population	28
○ 4ème semaine – Prise en Charge des Personnes Dépistées	31
○ Analyse des Résultats de Dépistage	33
• Conclusion	35
• Remerciements	37

INTRODUCTION

La possibilité qui nous a été offerte de faire un stage à l'étranger a été très motivante pour nous. Ce stage allait nous permettre d'entrer en contact avec une réalité différente de celle que nous vivons en Suisse.

Nous avons choisis de faire ce stage au Bénin après avoir rencontré Vincent ZODOGOME, directeur de l'ASVB, *Association de Solidarité pour les Villages du Bénin*. Lors de notre première rencontre, nous lui avions mentionné que nous étions intéressées à faire un stage médicale en Afrique, continent qui nous attire par sa richesse et sa diversité culturelle. Aussi, il nous a proposé de nous intégrer à un projet sur le diabète qu'il était en train d'élaborer en collaboration avec l'ONG béninoise *Solidarité Humanitaire*. Le projet consiste à sensibiliser les populations rurales sur le diabète, à dépister les personnes souffrant de cette maladie par des tests rapides de glycémie et à les prendre en charge à long terme. Ce projet nous a beaucoup intéressé et nous avons accepté d'en faire partie. De plus, la destination du Bénin nous a plu, d'une part parce que c'est un pays stable politiquement et d'autre part parce qu'on y parle le français, ce qui nous a facilité l'entrée en contact avec la population.

Pour que ce projet puisse se faire, il nous a fallu trouver des fonds afin de pouvoir acheter du matériel de dépistage et d'assurer les frais liés à l'implication du personnel soignant et des personnes relais dans le projet. La recherche des fonds n'a pas été facile, mais après de multiples efforts nous avons réussi à récolter assez d'argent pour pouvoir démarrer le projet. Ces fonds nous ont permis de faire la première phase du projet, qui a eu lieu dans les trois arrondissements Allada, Sékou et Attogon, dans la commune d'Allada qui se trouve dans le département du sud du Bénin dit « département de l'Atlantique ».

Comme c'est un nouveau projet que nous avons fait naître, nous étions les premières à l'expérimenter. Nous avons compris que le diabète est un réel problème au Bénin, à cause de multiples facteurs dont la consommation excessive d'huile d'arachide, la consommation d'alcool frelaté contenant de grandes quantité de sucre ajouté, la sédentarité d'une majorité de la population qui se déplace en *zems* (Taxis-motos) même pour de courtes distances et le manque de sensibilisation générale au sujet de l'hygiène alimentaire.

PROBLÉMATIQUE DU DIABÈTE

Le diabète est une maladie non transmissible caractérisée par une augmentation du taux de sucre dans le sang due à une diminution de la quantité d'insuline ou d'une diminution de la qualité de l'insuline produite par le pancréas. Le diabète est une maladie traîtresse car au moment où la maladie commence il n'y a pas encore de symptômes. Ceux-ci apparaissent une fois que la maladie est à un stade avancé et qu'il est trop tard pour rectifier le tir sans médicaments.

Les symptômes du diabète sont :

- polydypsie
- polyurie
- polyphagie
- une fatigue constante
- une perte de poids
- des plaies non guérissables

Les causes du diabète sont une mauvaise alimentation riche en graisses et un manque d'exercice physique. Il y a de nombreux facteurs de risque qui prédisposent à la maladie tels que :

- l'hérédité
- le surpoids
- la sédentarité
- l'augmentation de l'âge
- le stress

Les complications que le diabète peut engendrer sont les suivantes :

- crise cardiaque / accident vasculaire cérébral
- troubles visuels / cécité
- perte de sensibilité au niveau des pieds / amputation
- insuffisance rénale
- dysfonction sexuelle

Le problème qui se pose au Bénin est que les personnes sont diabétiques sans le savoir. Ceci peut s'avérer très dangereux quand il s'agit de prendre des traitements pour d'autres problèmes de santé. Comme exemple, il arrive fréquemment que des personnes soient admises aux urgences à cause de déshydratation, ou ont leur administre par voie intraveineuse une injection de solution glucosée. S'il s'agit d'une personne diabétique n'ayant pas connaissance de sa maladie, la conséquence d'une telle intervention est la mort brutale. C'est ce qui est arrivé à un ami proche de Vincent ZODOGOME et c'est ce déplorable évènement qui l'a motivé à initier ce projet avec l'association ASVB.

LE PROJET

A la base le projet a été initialisé par le Dr TOHOUNGBA, médecin dans l'arrondissement de Sékou, ensemble avec Vincent ZODOGOME et son Association l'ASVB. C'est ce dernier qui a fait collaborer ce projet avec l'Hôpital d'Allada et le Dr. AMEDOME, ainsi qu'avec la mairie de la commune d'Allada.

Le But du projet est d'organiser des campagnes de sensibilisation, de prévention et de dépistage dans les villages pour diagnostiquer les personnes diabétiques et les informer de la maladie qu'elles ont, des changements de mode de vie qui peuvent soulager leur maladie, et de leur donner un traitement adéquat.

Dans la première phase de ce projet, nous avons fait ces campagnes dans trois arrondissements de la commune d'Allada.

Comme la commune d'Allada compte 11 arrondissements en tout, le but final est de faire ces campagnes de dépistage dans les 8 autres arrondissements que nous n'avons pas pu couvrir cette fois, et de construire une petite unité de diabétologie dans l'hôpital d'Allada qui pourrait prendre en charge ces patients diabétiques. Lorsque cela aura été fait, nous aimerions étendre le projet à plus grande échelle, afin que le projet ait lieu dans toutes les communes du Bénin. Notre rêve serait d'étendre le projet à d'autres pays africains qui sont dans le besoin.

PRESENTATION DU BENIN

Le Bénin est un petit pays d'Afrique occidentale, qui compte 8 791 832 habitants en 2009. Il a comme voisins le Togo à l'ouest, le Nigeria à l'est et le Niger et le Burkina Faso au nord.

Surnommé un temps le « Quartier latin de l'Afrique », le Bénin a comme langue officielle le français et comme monnaie le franc CFA. Le régime politique du Bénin est de type présidentiel et l'actuel président de la République est Yayi BONI, qui a succédé à Mathieu KEREKOU en 2006 qui lui avait dirigé le pays dans une voie marxiste-léniniste. Depuis la fin du régime marxiste-léniniste en 1989, le Bénin possède une image très forte de pays démocratique.

Le Bénin est divisé en douze départements dont le département de l'Atlantique dans lequel se trouve la commune d'Allada, le département du littoral qui contient la capitale économique Cotonou, et le département d'Ouémé qui abrite la capitale politique Porto-Novo. Ces 12 départements comprennent 77 communes. La commune d'Allada du département de l'Atlantique se compose de 11 arrondissements dont les trois arrondissements cibles du projet : Allada, Sékou et Attogon.

Le pays étant situé dans une zone intertropicale, son climat est chaud et humide, avec deux saisons de pluies (d'avril à juillet et de septembre à novembre) et deux saisons sèches. Lors de notre séjour nous avons connu la saison de pluies, et on a pu constater que quand il pleut, il pleut vraiment des cordes dans tous les sens du terme. Durant les journées sans pluies, le climat est très chauds et l'humidité rend la chaleur difficile à supporter, mais nous nous sommes adaptées et avons survécu !

Le Bénin est un pays au sous-sol pauvre, qui vit essentiellement de son port et de l'agriculture. En effet, le port de Cotonou présente l'accès à la mer le plus rapide et le plus sûr pour les voisins du Nord que sont le Niger et le Burkina Faso. Le Bénin est également un pays producteur de coton, activité ayant connu de très grosses difficultés ces dernières années, mais aussi de maïs, de manioc, de sorgho, d'huile de palme et de millet. Ces deux poumons de l'économie ont été très lourdement sclérosés par les abus de pouvoir et par la corruption, empêchant tout développement sensible de ces secteurs jusqu'à l'élection de Yayi BONI en mars 2006.

Le Bénin dispose également d'atouts touristiques, géographiques et culturels, non négligeables quoique encore peu développés : plages et villages lacustres (pour notre part nous avons visité Ganvier, un village lacustre qui nous fait penser à une Venise africaine), parcs animaliers au nord (nous avons visité le parc de Panjari), haut-lieux de l'esclavage (nous avons visité Ouidah où nous avons vu la porte du non retour concernant les esclaves) et berceau du vaudou (nous avons eu l'occasion d'aller consulter un Fa, personne se disant capable de lire dans l'avenir).

La plupart des ethnies ont leur propre langue, bien que le français, qui est la langue officielle, soit parlé dans la plupart des villes. Parmi les langues indigènes, les langues Fon et Yoruba sont les plus parlées au sud avec l'Adja, le Mina ou encore le Goun, tandis que le Bariba, le Dendi, le Ditamari ou le Kotokoli le sont plus au Nord. Dans la commune d'Allada la langue parlée est le Fon.

Les religions animistes africaines prédominent. On ne peut parler du Bénin sans évoquer la part du vaudou dans la société. Cependant une part significative de la population est chrétienne (catholique et protestante) et musulmane.

- Animisme (45%),
- Christianisme (20%),
- Islam (20 à 25%)

Les béninois mangent quotidiennement de la pâte faite à base de farine de maïs, accompagnée souvent d'une sauce faite à base d'huile de palme. Nous avons eu le plaisir de goûter les spécialités béninoise, et ce que nous avons préféré manger est l'igname pilé, une pâte faite à base de racines d'igname qui sont bouillies et pilées au mortier jusqu'à ce qu'elles forment une pâte que l'on peut manger en trempant de petits bouts de cette pâte dans une sauce piquante.

SYSTEME DE SANTE DU BENIN

Le système de santé au Bénin est fait selon un schéma bien précis et similaire à une pyramide. Au sommet, le CNHU-KM, centre national hospitalier universitaire situé à Cotonou, est l'hôpital le plus performant et sophistiqué du Bénin. Il a été créé par Koutoucou MAGA. En dessous du CNHU- KM il y a les centres hospitaliers départementaux, puis les hôpitaux de zone qui desservent 3 à 4 communes environnantes. Enfin, il y a dans chaque commune un centre de santé communal contenant un dispensaire et une maternité. A côté de ces hôpitaux étatiques, il existe de nombreux établissements privés et non soutenus par l'état.

Le manque de médecins dans la plupart des hôpitaux étatiques a engendré une délégation des tâches : les infirmiers prennent le rôle de médecin, les aides soignant celui des infirmiers. Aussi, les infirmiers ont un rôle très important et responsable parce qu'ils s'occupent de la plupart des consultations et qu'ils ont la possibilité de prescrire des médicaments, mais ils prodiguent également les différents soins. Si un problème dépasse leurs compétences, ils ont toutefois la possibilité de se référer aux médecins.

Les Béninois ont un parcours pour les consultations bien différent de celui des Suisses : tout d'abord ils s'orientent vers le sage de la famille et si ces conseils ne suffisent pas ils vont voir un *tradipraticien* qui soigne les maladies par les plantes. Si la consultation chez le tradipracticien a été sans succès, les Béninois se dirigent en général vers un *charlatan* qui guérit par des pratiques mystiques. Ce n'est en général qu'en derniers recours que les personnes se tournent vers la médecine occidentale.

L'HOPITAL D'ALLADA

Nous avons fait notre projet en étroite collaboration avec l'hôpital d'Allada, qui est un hôpital communal. Il fait aussi office d'Hôpital de Zone des communes Allada, Toffo et Zè en attendant la construction de ce dernier.

L'hôpital d'Allada compte à son actif deux médecins : le Docteur AMEDOME qui est le coordinateur des trois communes Ze, Toffo et Allada, et le Docteur GUIDI qui s'occupe des consultations trois jours par semaine. Une cinquantaine d'infirmiers ainsi que des sages femmes, aides soignant, laborantins et personnels administratifs y travaillent.

L'hôpital contient différents secteurs :

- **la maternité** faite de deux parties, la première où des infirmières et des sages femmes procèdent aux accouchements et aux consultations pré- et postnatales. Les hospitalisations pré- et postnatales y sont également prises en charge. Au cours de la consultation prénatale, toutes les femmes sont dépistées pour le VIH, si le résultat se révèle positif, tous les soins seront donnés gratuitement. Dans la deuxième partie de la maternité sont effectués les vaccinations des enfants et le suivi des nouveau-nés. Seules des sages femmes, des infirmières et des aides-soignantes travaillent dans cette maternité, ce sont elles qui assurent le travail des gynécologues et pédiatres. Un médecin de l'hôpital communal intervient pour les problèmes graves.

- **Le dispensaire** qui s'occupe de différentes activités dont :
 - les consultations par les infirmiers ou par le Docteur GUIDI ;
 - les consultations des patients séropositifs effectuées par le Docteur GUIDI ;
 - le laboratoire ;
 - le cabinet dentaire ;
 - la salle de soins.
- **le centre des tuberculeux**, les patients y vivent pendant les 2 mois de leur traitement.
- **un centre de re-nutrition enfantine** en cours d'élaboration.

Il y a également à l'intérieur de l'hôpital, toute la partie administrative comprenant le bureau du Docteur AMEDOME, son secrétariat, la pharmacie et la caisse où l'on paye les soins et les médicaments.

Au cours de nos semaines de stage, différents points nous ont particulièrement surpris. L'un d'entre eux est le déroulement des consultations : le patient entre dans le bureau de l'infirmière où il explique ses plaintes, l'infirmière fait ensuite la prescription si nécessaire. A partir de là, le patient va vers l'administration pour payer la consultation et les médicaments. Pendant ce temps un autre patient est rentré dans le bureau de l'infirmière, ce qui n'empêche pas le premier d'y retourner pour que l'infirmière lui indique la posologie. Elle quitte ensuite son bureau pour donner les soins au premier patient. Si cette organisation est nécessaire due au manque de temps et de personnel, nous étions néanmoins d'avis qu'il n'y avait là pas assez de confidentialité.

Un autre point que nous avons constaté est qu'il y a une bonne organisation permettant le suivi des patients : chaque patient a un carnet de santé qu'il garde avec lui et qu'il amène à chaque consultation, de même tout nouveau-né a un carnet de vaccination et suit un plan de vaccination semblable à celui existant en Suisse.

Et finalement nous avons apprécié le fait qu'il existe de nombreux projets de santé comme les campagnes de vaccination contre la polio, ou le projet d'éradication du paludisme, qui permet la distribution à toutes femmes enceintes d'une prévention contre le paludisme et d'une moustiquaire.

LE CENTRE DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE BURULI D'ALLADA (CDTUB)

Cet hôpital est une extension de l'hôpital d'Allada et fait office de Centre médico-chirurgical de l'Hôpital de Zone.

Ce centre est vaste et très récent ; il vient d'être complètement rénové. Il comporte un bloc opératoire bien équipé, un bloc technique (salle de radiologie, salle de rééducation fonctionnelle, laboratoire), un bloc d'hospitalisation et un bloc administratif.

On y traite entre autre l'ulcère de Buruli, maladie tropicale négligée qui est causée par l'infection à *myobactérie ulcerans* qui se dépose sur la peau et engendre des nodules, plaques et peut mener à des ulcérasions étendues. Au stade avancé, son traitement nécessite des opérations chirurgicales (excision et greffe de peau) pratiquées dans ce centre. Comme ici il manque de chirurgiens, une grande partie des opérations chirurgicales sont faites par des infirmiers spécialisés en chirurgie. Après l'opération, les patients sont hospitalisés dans le centre pour prendre leur traitement et pour pouvoir recevoir tous les soins nécessaires.

Le centre s'occupe également de faire des campagnes de dépistage pour détecter les cas d'ulcère de Buruli, pour cela il fait appel à des relais qui passent de maison en maison. Les cas détectés seront ensuite amenés au Centre de l'Ulcère de Buruli.



LE CENTRE PRIVÉ DE DIABÉTOLOGIE – BANQUE DE L'INSULINE A COTONOU

Nous avons tenu à visiter la Banque de l'Insuline, l'unique centre spécialisé en diabétologie du sud du Bénin.

Ce centre se situe dans un quartier périphérique de Cotonou. Il a été conçu en 1996 grâce au financement de plusieurs ONG locales, cependant il s'autofinance à présent grâce aux activités internes. Le directeur de cet établissement non étatique est un médecin actuellement à la retraite.

Le centre comporte un laboratoire, une salle d'accueil et de soin aux malades, deux bureaux pour les médecins ainsi qu'un bureau pour une assistante sociale.

Les deux techniciens de laboratoire utilisent des machines sophistiquées afin de mesurer la glycémie et l'hémoglobine glyquées. Ils ont aussi le matériel nécessaire pour analyser un frottis sanguin afin d'effectuer la formule sanguine et de mettre en évidence d'éventuelles bactéries, puisque le patient diabétique peut également se présenter avec une maladie annexe.

Les infirmiers et infirmières s'occupent d'accueillir les patients et de leur prodiguer les premiers soins, tels que la prise de sang, la tension, les injections ainsi que les pansements. Généralement il y a toujours au moins un infirmier de garde durant la nuit et les jours fériés.

Quatre médecins effectuent les consultations. Deux médecins généralistes s'occupent des patients le matin et deux endocrinologues viennent deux après-midi par semaines.

Ce centre bénéficie également d'un assistant social qui aide les patients en difficultés financières. Leur rôle n'est pas uniquement de trouver l'argent pour payer le traitement, il aide aussi les patients à être réinsérés dans la vie professionnelle.

Comme son nom l'indique, la Banque de l'Insuline comporte des stocks d'insuline, celle à action rapide et celle à longue durée. Bien entendu il y a tous les autres médicaments antidiabétiques.

Ce centre accueille tous les diabétiques connus afin de leur prodiguer les premiers soins tels que les injections quotidiennes d'insuline et les renouvellements de pansements. Par contre, il n'accueille pas les personnes qui nécessitent une hospitalisation. Les personnes qui arrivent au centre en acidocétose ou dans le coma sont transportées directement au CNHU, le Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou. Le directeur a insisté pour que le centre reste ambulatoire, mais faute de moyens, les infirmiers arrangeant un espace pour hospitaliser les patients de temps à autres.

NOTRE PROJET – SENSIBILISATION ET DEPISTAGE DU DIABETE

PREPARATION DE NOTRE VOYAGE AU BENIN

Nous avons débuté les préparations de notre projet au Bénin en mars 2009, après notre deuxième rencontre avec Vincent ZODOGOME.

Comme nous savions que notre projet demandait pas mal de frais, nous avons rédigé un projet de départ et l'avons soumis à toutes les communes de Genève pour leur demander un soutien financier. Nous avons aussi écrit à d'autres partenaires financiers comme la fondation Pictet et l'organisation de solidarité humanitaire. Nous avons eu 2 réponses favorables en notre faveur :

- la commune de Corsier qui nous a donné 500 francs
- la commune de Chambésy qui nous a donné 10 000 francs.

Nous avons aussi proposé aux membres de nos familles et à nos amis de contribuer financièrement au projet, entre autre à travers l'élaboration d'un groupe sur le site internet *facebook*. Un grand soutien nous est parvenu de leur part.

Avant notre départ, nous avons effectué un stage d'une semaine dans le département de diabétologie du Professeur GOLAY à l'hôpital cantonal. Nous y avons assisté à des cours donnés aux diabétiques sur les causes et les conséquences de cette maladie, à des séminaires concernant les repas équilibrés et les graisses cachées, et à des cours d'éducation physique où les patients apprennent à bouger en s'amusant.

Le fait de pouvoir participer à ces cours nous a permis de voir comment on peut expliquer la maladie aux patients avec des mots simples et des images symboliques et ainsi leur apporter le support nécessaire pour comprendre leur maladie. Cela leur permet d'agir en connaissance de cause et de mieux vivre avec le diabète. Ce stage nous a effectivement beaucoup servi, car une fois au Bénin nous avons pu utiliser ces mêmes mots et ces mêmes images symboliques lors de nos rencontres avec les relais communautaires, lors des sensibilisations de la population et lors de la prise en charge des personnes diabétiques.

Rapport de stage IMC 2009

Au cours de ce stage au HUG, nous avons eu un entretien avec le Professeur GOLAY qui nous a donné les adresses e-mails et les numéros de téléphones de personnes responsables de 7 firmes pharmaceutiques afin que nous puissions les contacter pour leur demander du matériel de dépistage et de traitement du diabète. Ces contacts ont été d'une grande utilité pour notre projet car cela nous a permis de récolter beaucoup de matériel :

- 19 lecteurs de glycémie
- 2300 bandelettes
- 600 autopiqueurs
- 15 flacons de solutions désinfectantes pour les mains
- 400 paires de gants
- 30 x 10 ml d'insuline
- des stylos
- des livres explicatifs sur le diabète
- des tableaux avec les valeurs de glycémies en mol/l et en g/l

Tout ce matériel a été employé durant les campagnes de dépistages que nous avons organisées dans les arrondissements d'Allada, Sékou et Attogon.

1^{ère} SEMAINE

IDENTIFICATION DES RELAIS COMMUNAUTAIRE

Les relais communautaires ont tenu un rôle primordial dans le projet de dépistage et de lutte contre le diabète. Les relais étaient des personnes venant des villages des arrondissements de Sékou, Allada et Attogon, donc faisant partie de la population cible que nous voulions dépister et sensibiliser durant cette première phase du projet. Leurs rôles étaient non seulement d'informer la population sur le projet et de les motiver à venir se faire dépister, mais aussi de sensibiliser la population sur les préventions concernant le diabète. Après une formation intense de trois jours au sujet du diabète ainsi que des conseils concernant la mission de relais communautaires, ces personnes tenaient tout en main pour assurer leur rôle de pont entre le projet et la population.

Durant notre première semaine de projet au Bénin, nous avons procédé au recrutement des personnes relais dans les trois arrondissements cibles. En compagnie des docteurs AMEDOME et TOHOUNGBA, nous sommes allés dans les arrondissements respectifs pour rencontrer les villageois qui avaient été informés à l'avance de notre arrivée. Si dans les arrondissements de Sékou et d'Allada les villageois sont venus nombreux aux réunions, un problème de communication est survenue dans l'arrondissement d'Attogon : les villageois de cet arrondissement avaient en effet été mal informés sur l'existence de cette séance et ont ainsi été très peu nombreux ledit jours. Par chance, les responsables ont pu faire un appel d'urgences et les villageois sont venus par la suite. Nous avons ainsi pu compter avec une participation de 105 personnes à Sékou, de 69 à Allada et de 30 à Attogon.

Les séances de recrutement ont servi en même temps à sensibiliser la population sur le diabète. Dans un premier temps, nous expliquions au villageois ce qu'était cette maladie. Nous écoutions d'abord les connaissances des villageois concernant le diabète. Chaque connaissance était soit confirmée par le médecin ou par nous même, soit corrigée s'il s'agissait d'une fausse croyance. Puis nous avons donné les informations complémentaires au sujet du diabète, et avons finalement expliqué les buts et le déroulement du projet.

La deuxième partie de la séance était consacrée au choix des relais. Pour faciliter la collaboration avec ces personnes relais, nous avons décidé de plusieurs conditions :

que la personne relais sache lire et écrire le français, qu'elle soit intègre et qu'elle fasse ce travail de façon volontaire et pas par des motivations financières. Après des explications sur le rôle et sur les conditions des personnes relais, chaque chef de village a choisi une personne de sa communauté qui était d'accord de tenir ce rôle. Chaque choix a été approuvé par les villageois présent à la séance. Au final, nous avons identifié 28 personnes relais venant chacune d'un village ou quartier des trois arrondissements cibles : 12 personnes de l'arrondissement de Sékou, 11 personnes de l'arrondissement d'Allada, et 5 personnes de l'arrondissement d'Attogon. Sur ces 28 personnes, deux personnes ne parlaient pas français, car nous n'avions pas précisé les conditions lors de la première séance de recrutement. Mais à part ce petit inconvénient, nous avons réussi à identifier suffisamment de personnes relais motivées et prêtes à consacrer leur temps pour participer au projet.

CROYANCES DE LA POPULATION CONCERNANT LE DIABÈTE

Lors des séances d'identification des relais, nous avons découvert qu'il y avait beaucoup de bonnes connaissances ainsi que quelques confusions au sujet de la maladie du diabète.

Tout d'abord, le diabète est plus connu au Bénin sous le nom de « maladie de l'urine sucrée ». Si certaines personnes sont assez bien informées sur cette maladie, d'autres ne la connaissent que mal. Beaucoup de personnes croient que la maladie n'est pas soignable et qu'elle amène en quelques mois au décès du malade. Souvent les patients ont recours aux médecines traditionnelles, qui ont des remèdes pour soigner la maladie et qui prétendent parfois même pouvoir guérir du diabète.

Par rapport aux signes et symptômes du diabète, le premier signe énuméré par la population est que l'urine est sucrée et qu'elle attire les mouches et les insectes. Les personnes énuméraient en général correctement les autres signes comme la soif et la faim excessive, le besoin d'uriner fréquemment, l'amaigrissement et l'affaiblissement, ou encore les plaies incurables. Nous avons par contre remarqué qu'il existe des confusions entre le diabète et d'autres maladies comme l'hypertension qui causerait l'essoufflement chez la personne diabétique ou encore la difficulté d'uriner, qui n'est pas un signe du diabète mais plutôt d'un calcul ou d'un problème de prostate. D'autres fausses croyances étaient qu'un des signes du diabète serait la peine à supporter la chaleur, ou encore l'apparition de crises d'épilepsie.

Par rapport aux causes du diabète, la plupart des personnes nous répondaient que c'était dû à une nourriture trop riche en sucre. La majeure partie de la population ne savait pas que le sucre est aussi présent dans beaucoup d'aliments à part le sucre brut, et que le diabète est aussi et surtout causé par une nourriture trop riche en graisses. D'autres croyances sont que la maladie est causée par un mauvais sort.

Durant les séances d'identification des relais, des questions sont survenues concernant l'existence d'un vaccin ou de médicaments pouvant prévenir le diabète. Une autre remarque à été que le diabète n'est pas traitable par la population générale qui n'a pas les moyens financiers pour payer le traitement, raison pour laquelle le diabète est appelé « maladie des riches ».

Le programme de la deuxième semaine a consisté à la formation des 28 personnes relais. Nous avons décidé de leur donner des informations sous forme de cours et d'activités.

Les buts que nous voulions atteindre étaient les suivants :

- expliquer aux relais ce qu'est le diabète
- leur donner des outils nécessaires afin qu'ils fassent le pont entre le projet et la population
- sensibiliser la population sur la venue d'une campagne de dépistage du diabète
- nous aider à identifier les personnes à risque et celles qui sont malades sans le savoir, et les convaincre de venir se faire dépister
- renforcer la compliance et l'adhérence thérapeutique des personnes dépistées diabétiques

Avec les deux médecins AMEDOME et TOHOUNGBA, nous nous sommes concertés afin de nous mettre d'accord sur le contenu des cours que nous allions donner. Nous avons décidé d'aborder les sujets suivants :

- la définition du diabète et symptômes
- le mécanisme de survenu du diabète
- les complications du diabète
- les facteurs de risque
- la prévention
- les avantages d'une séance de dépistage
- le traitement

Les deux médecins ont préparé les cours sous forme de power point avec peu de textes et beaucoup d'images. Ils ont aménagé un programme sur trois journées.

Lors du premier jour de la formation nous avons tout d'abord accueilli les personnes relais dans une salle à l'hôpital d'Allada. La formation a été officialisée par la cheffe d'arrondissement de la commune d'Allada. Ensuite nous avons commencé à donner les cours préparés. Les médecins ont insisté pour que se soient nous quatre qui donnions les cours. Aussi, chacune de nous a pris une partie.

Rapport de stage IMC 2009

Les séances se sont déroulées de telle façon : tout d'abord l'interlocutrice demandait aux relais ce qu'ils connaissaient sur le sujet que nous allions aborder, puis elle donnait le cours, tout en essayant de faire participer un maximum les gens. Un des relais s'est gentiment proposé de traduire au fur et à mesure à haute voix pour que les personnes ne parlant pas le français nous comprennent et puissent suivre. A la fin des cours les médecins et les trois autres d'entre nous pouvaient ajouter des informations. A chaque fin de partie, une personne relai faisait un résumé. Et pour finir, les médecins avaient préparé des questions afin de tester des connaissances des relais, qui répondaient avec beaucoup d'enthousiasme. Naturellement nous avons aussi laissé la place aux questions, qui étaient nombreuses et très pertinentes.



LE CONTENU DES COURS DONNÉS

• **Qu'est-ce que le diabète**

Dans la première partie de ce cours Judith a donné une définition de la maladie du diabète. Dans un second temps, elle a expliqué les symptômes tels que :

- la soif excessive
- la polyurie et nycturie
- la perte de poids
- la fatigue
- la faim excessive
- les plaies qui prennent plus de temps pour guérir

Enfin elle nous a expliqué la différence entre le diabète de type I et de type II.

• **Mécanisme de survenu du diabète**

A l'aide de figures, Valéria nous a expliqué toute l'interaction entre le sucre et l'insuline. Afin d'imager le mécanisme physiologique, elle a pris 2 exemples : le premier dans lequel l'insuline est le wagon qui amène le sucre aux organes et aux muscles ; et l'autre dans lequel l'insuline est la clé qui permet d'ouvrir la porte aux sucres afin qu'il puisse entrer dans les organes et dans les muscles.

Elle nous a montré ce qui se passe dans un cas normal puis le mécanisme qui se produit dans le diabète de type I et finalement dans le diabète de type II.

L'exemple de l'insuline comme étant la clé a été très bien compris par tous, et nous l'avons beaucoup utilisé tout au cours de la formation.

• **Complications du diabète**

Guillemette a énuméré les organes que le diabète peut endommager s'il n'est pas dépisté et soigné. Voici les complications qu'elle a citées :

- artères : crise cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, gangrène
- yeux : troubles de la vue soudains et cécité
- reins : insuffisance rénale
- membres inférieurs : perte de sensibilité, amputation, plaies chroniques
- sexe : asthénie et disfonctionnement sexuel

Les relais ont été étonnés et inquiets de savoir que le diabète pouvait faire des troubles sexuels, il y a eu un long débat ainsi que de nombreuses questions.

Une relais diabétique nous a fait partager son expérience personnelle.

Comme nous avons remarqué que cette complication a pris plus d'importance par rapport aux autres qui sont vitales, nous avons souligné le fait que les reins, le cœur, les yeux et les membres sont des organes à préserver. Trop de patients meurent suite à une insuffisance rénale ou une crise cardiaque lié à un diabète non dépisté et/ou non traité.

- **Facteurs de risque**

Giusy a tout d'abord introduit la notion de la prédisposition.

Puis elle a énuméré les facteurs de risques ci-dessous :

- antécédents familiaux
- sédentarité
- alimentation
- obésité
- avancement de l'âge
- stress

Cette partie a été très complexe à comprendre, c'est pourquoi nous avons posé beaucoup de question pour être sûres que les relais aient bien compris et qu'ils puissent identifier les personnes à risque de développer le diabète.

- **Intégration physiologie insuline – complication**

Grâce à l'image ci-dessous, Valéria a expliqué les dommages que peut engendrer une hyperglycémie constante et croissante. Les relais ont fait directement le lien entre l'hyperglycémie et les complications. Nous étions très fiers de nous.

- **Prévention du diabète**

Afin de prévenir le diabète et ses complications, Guillemette a mis l'accent sur deux aspects : l'activité physique et l'alimentation.

Elle a expliqué que l'activité physique ne consiste pas uniquement dans le fait de faire du sport, mais qu'elle peut être intégrée dans la vie de tous les jours, tel que marcher ou aller à vélo pour se rendre au travail ou au marché.

Nous avons remarqué que les gens ne se déplacent que très rarement à pied, et même pour de courtes distance ils prennent leur moto ou les taxi-moto. Elle a aussi souligné que les activités ménagères et les métiers tels que l'agriculture sont aussi considérés comme de l'activité physique.

Elle a beaucoup insisté sur le fait qu'il faut bouger le plus possible mais au moins 30 minutes par jours.

Nous avions préparé au préalable, la fameuse pyramide alimentaire avec les aliments que l'on peut trouver au Bénin ainsi que la présentation d'une assiette équilibrée.

Guillemette a énormément insisté sur le fait de manger beaucoup de fruits et de légumes et de diminuer la quantité d'huile et d'alcool. La tradition culinaire veut que l'huile, surtout celui d'arachide qui est le moins coûteux, soit ajouté en abondance dans tous les mets béninois.

Le Dr AMEDOME a insisté sur la quantité des aliments à consommer, il prétend que la population en abuse et sort souvent de table largement après la satiété. Il a également soulevé le fait qu'il n'y a aucun aliment à interdire, qu'il faut manger et boire de tout avec modération, que ce soit pour les personnes en bonne santé ou diabétique.

De nombreux relais et surtout ceux diabétiques nous ont affirmé que leur médecin leur avait interdit un certain nombre d'aliments. Le Dr AMEDOME s'est justifié en disant que lorsqu'il disait au patient de manger et de boire avec modération les patients avaient du mal à se contrôler.

A la demande des relais nous avons expliqué pourquoi une alimentation trop riche en graisse, d'alcool et féculents pouvaient perturber le métabolisme glucose-insuline.

- **Avantages d'une séance de dépistage**

Afin de convaincre la population à venir se faire dépister, Judith nous a cité tous les avantages afin que les relais aient de bons arguments envers les personnes réticentes au dépistage. Elle a évoqué les avantages suivants :

Venir se faire dépister permet

- de savoir son propre statut face à cette maladie
- une prise en charge précoce et gratuite en cas d'hyperglycémie
- d'éviter la survenue des complications chez les personnes qui ne se connaissent pas diabétique

Elle a aussi mentionné le fait qu'un bilan de santé doit se faire chaque année, même si l'on se sent en bonne santé.

- **Traitemen**t du diabète

Le dernier cours a été donné par le Dr AMEDOME, qui a expliqué les trois phases du traitement du diabète:

1. hygiène de vie : activité physique + alimentation équilibrée
2. les comprimés oraux
3. l'injection d'insuline en dernier recours

Il a à nouveau énormément insisté sur l'hygiène de vie qui est l'un des grands messages qu'il aimerait faire passer à la population.

LES ACTIVITÉS

- **Présentation d'un plat équilibré**

Les cours et activités commençaient tôt le matin et finissaient en milieu d'après-midi. Aussi, nous avons réservé une heure de pause à midi dans laquelle nous distribuions le déjeuner.

Le premier jour, nous avons distribué un sandwich contenant du poisson en boîte très, même trop huileux, des biscuits ainsi que des boissons sucrées et de la bière. Le lendemain, Valéria a proposé que nous fassions un repas équilibré pour montrer ce que cela signifie. Nous avons mangé du riz avec des carottes, des petits pois et du poisson, avec en dessert une tranche d'ananas ou une orange.

Les personnes relais et nous même avons beaucoup apprécié. Par la suite, nous avons discuté de la différence entre ces deux repas et des conséquences que cela peut avoir sur notre vie.

- **Le dépistage des personnes relais**

Le dernier jour de formation, nous avons proposé de dépister les personnes relais, qui ont toutes accepté et sont venues ce jour-ci à jeun.

Cela leur a fait très plaisir et en même temps cela nous a permis d'expérimenter à petite échelle ce que nous allions faire à grande échelle dans les villages auprès de toute la population.

- **Les jeux de rôle**

Pour clore la formation, nous avons demandé aux relais de se diviser en trois groupes. Chacun avait une scène à présenté. L'exercice devait mettre en scène des difficultés que les relais allaient peut être rencontré lors de leur sensibilisation auprès de la population de leur arrondissement respectifs :

Tout le monde a bien joué le jeu et cela a été un moment très agréable et didactique en même temps. Dommage pour nous que les jeux de rôle ont été présentés en fon.



POINTS POSITIFS ET COMMENTAIRES

- Au sein des personnes relais, il y avait un homme et une femme diabétiques connus. Tout au long de la formation, ils nous ont fait partager leur expérience personnelle, ce qui a rendu les cours plus pratique et applicable à la réalité.
- En inaugurant la formation le Dr AMEDOME a insisté sur le fait que nous étions présents pour partager des informations et que chacun pouvait prendre la parole dès qu'il en ressentait le besoin ou dès qu'une question ou qu'un commentaire devait être fait.
- Les personnes relais se sont tout de suite senties impliquées dans leur rôle, elles nous ont montré une réelle motivation.
- Nous avons essayé tout au long de la formation de faire participer un maximum les personnes relais qui se sont bien prêtées au jeu.
- La présence d'une personne relais traductrice nous a énormément aidés. Le français n'étant pas la langue pratiquée, le fait qu'une personne traduise en français a permis aux quelques personnes qui ne parlent pas le français de comprendre et a permis aux autres de voir si elles avaient bien compris.
- Les relais avaient beaucoup de questions, pas seulement de compréhension mais aussi des questions plus approfondies.
- Entre les cours, nous avons laissé la place à des blagues, des jeux ou des histoires, ce qui nous a mis de bonne humeur.
- A la fin de la formation, nous avons remis à tous les relais une attestation de participation, un badge de relais communautaire et le polycopié avec toutes les diapositives projetées. Cela a rendu la formation plus officielle.
- Quelques séances ont été filmées.

Au cours de la troisième semaine, nous avons procédé au dépistage dans les trois arrondissements cibles. Nous avons commencé par deux jours à Allada, puis deux jours à Sékou et nous avons fini par un jour à Attogon.

Notre venue dans ces trois arrondissements a été préparée par les relais qui sont passés de maison en maison pour informer la population sur le diabète. Des crieurs et des griots sont également passés dans les arrondissements pour dire aux habitants qu'il y aurait des journées de dépistage. Enfin, des annonces à la radio ont été faites.

Une fois sur place, le dépistage s'est fait selon trois postes :

Un premier composé de deux personnes, une parlant fon (relais ou personnel soignant) qui prenait différentes informations concernant le patient (nom, prénom, âge, provenance) et un personnel soignant qui faisait le test rapide de glycémie.

Sur le deuxième poste, un relais et une de nous informaient les habitants de leurs résultats et donnaient différents conseils et explications sur l'alimentation et sur les bénéfices de l'exercice physique.

Les personnes avec un taux de glycémie trop élevé étaient ensuite accompagnées au troisième poste, où un(e) infirmier(e) prélevait le sang pour confirmer le taux au laboratoire de l'hôpital d'Allada.

Les relais communautaires se sont réellement impliqués et nous ont fourni une aide formidable, ils nous ont aidé à traduire, à organiser mais également à expliquer d'une façon plus claire ce qu'est le diabète et quelles sont les mesures à prendre.



Pendant cette semaine de dépistage, nous avons été confrontés à différents problèmes auxquels nous avons tenté de trouver des solutions.

A Sékou, nous avons été impressionnées et dépassées par le nombre de personnes se présentant au dépistage le premier jour, soit 200 personnes de plus qu'à Allada ; par manque de temps et de personnel soignant, nous avons dû changer notre façon de procéder pour que les personnes ne restent pas trop longtemps à jeun. Nous avons donc décidé de donner les résultats directement après que les patients se fassent piquer ; malheureusement cela nous a empêché de donner des conseils sur l'hygiène de vie à toutes les personnes présentant une glycémie normale. Toutefois nous avons réussi à prendre à part les personnes avec une glycémie élevée et leur donner des explications grâce à l'aide des relais communautaires.

Il est vrai que nous avons préféré privilégier le dépistage d'un grand nombre de personnes et de donner le plus d'informations possibles, tout en essayant de rester le plus confidentiel possible.

Rapport de stage IMC 200

Au cours de ces cinq jours nous avons pu atteindre différents objectifs souhaités. Nous avons réellement pu faire passer les informations principales sur une bonne hygiène de vie (alimentation et exercice physique). Concernant l'alimentation, nous avons utilisé une pyramide alimentaire que nous avions préparée au préalable avec les aliments de la région, nous avons également vanté les mérites d'une activité physique quotidienne d'au moins trente minutes.

Nous voulions surtout dans un premier temps donner tous ces conseils aux personnes présentant une glycémie élevée, mais un autre de nos objectifs était d'essayer de sensibiliser toutes les personnes se présentes afin de diminuer les risques du diabète, et c'est en parti ce que nous avons réussi à faire.

Ces journées de dépistage nous ont permis de détecter ainsi que de sensibiliser les personnes ayant une glycémie élevée pour qu'elles soient suivies.

Pendant cette semaine, nous avons rencontré beaucoup de personnes en hyperglycémie, mais également des personnes diabétiques qui ne le savaient pas ou encore des personnes diabétiques qui le savaient sans pour autant rien faire, souvent faute de moyens financiers. Nous avons tenté avec nos propres moyens de leur donner un maximum d'informations concernant leur hygiène de vie qu'elles pourront facilement changer.

4^{ème} SEMAINE

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEPISTÉES

La dernière semaine de notre stage a été consacrée à la prise en charge des personnes dépistées. Durant trois journées, nous avons accueillis les personnes dépistées hyperglycémiques par le test rapide de glycémie. Ces personnes ont dû faire un prélèvement sanguin pour confirmer le résultat par des tests laboratoires plus sûrs. C'est ainsi que nous avons pu détecter les personnes diabétiques, hyperglycémiques ainsi que les faux positifs.

Pour l'annonce des résultats, nous avons procédé en trois parties : tout d'abord, nous avons appelé les personnes à résultats faux positifs, c'est-à-dire les personnes ayant été détectées hyperglycémiques par le test rapide, mais dont le test en laboratoire a montré que leurs glycémie était en réalité dans la norme. Réunis en petits groupes, nous leurs avons annoncé leur résultats et avons donné quelques conseils diététiques et d'activité physique. Puis nous avons fait de même avec les personnes ayant des taux limites, proches de 1,20 g/l. Comme ces personnes sont à risques d'être diabétiques, nous avons insistés sur la prévention : Nous leurs avons expliqués en détails la pyramide alimentaires et avons donné beaucoup de conseils hygiéno-diététiques.

Les personnes hyperglycémiques et diabétiques ont été vus personnellement en consultations auprès des médecins AMEDOME et TOHOUNGBA. Tous ces patients recevaient des conseils hygiéno-diététiques détaillés par le médecin d'abord, puis par nous-même après la consultation. Selon les valeurs de glycémie ainsi que les symptômes et l'histoire du patients, certains recevaient en plus de cela un traitement médicamenteux composé d'antidiabétiques (en général de sulfonylurée) et de médicaments concernant des plaintes associées au diabète, comme l'hypertension ou des plaies chroniques. Chaque patient a de plus reçu un rendez-vous 2 semaines plus tard, ce qui permet de suivre les patients à long terme et de vérifier l'efficacité des conseils et / ou traitements.

Si parmi les personnes diabétiques la majorité l'avait ignoré jusque lors, quelques uns des patients étaient diabétiques connus. Malheureusement, nous avons constaté que rares étaient les patients qui suivaient régulièrement un traitement efficace. La principale raison est que le coût des médicaments est trop élevé. Aussi, la majorité des patients diabétiques connus avaient pris le traitement pendant quelques semaines

Rapport de stage IMC 2009

puis l'avaient abandonnés. Parfois, les explications que le patient avait reçues n'étaient pas assez claires, aussi certains patients n'avaient pas compris que le traitement devait être pris à long terme. Enfin, il manquait souvent un suivi de la maladie auprès d'un traitant.

Les solutions que nous proposions pour ces divers problèmes lors de notre projet sont les suivantes :

- conseils hygiéno-diététiques pour diminuer la glycémie, le surpoids ainsi que l'hypertension
- prescription de médicaments génériques (4-5 x moins chers)
- prise en charge financière du traitement du diabète ainsi que des signes associées, et ce jusqu'à la fin de l'année 2009 (et plus si moyens financiers existants)
- prise en charge des patients par les relais communautaires pour conseils et informations

ANALYSE DES RESULTATS DE DEPISTAGE

Voici un tableau décrivant le nombre de personnes dépistées:

	TOTAL	diabétiques (> 1.60)	hyper- glycémiques (1.20 – 1.60)	taux normal (<1.20)	faux positifs
15.06.09	243	10 (4.1%)	1 (0.4%)	232 (95.4%)	21 (8.6%)
16.06.09	326	8 (2.6%)	4 (1.3%)	314 (96.3%)	22 (6.7%)
17.06.09	570	40 (7%)	10 (1.8%)	520 (91.2%)	11 (1.9%)
18.06.09	260	5 (1.9%)	0 (0%)	235 (90.4%)	20 (7.7%)
19.06.09	337	6 (1.8%)	4 (1.2%)	327 (97%)	13 (3.9%)
TOTAL	1736	69 (4%)	19 (1.1%)	1628 (93.8%)	87 (5%)

Comme nous pouvons le voir sur le tableau, nous avons fait le dépistage sur 1736 personnes, dont presque la moitié dans l'arrondissement de Sékou. Sur ces 1736 personnes, nous avons détecté 4% de personnes diabétiques (ayant des valeurs de glycémie à jeun supérieures à 1,60 g/l), ainsi que 1.1% de personnes en hyperglycémie (avec des valeurs entre 1,20 – 1,60 g/l). Les limites de 1,20 / 1,60 g/l ont été posées selon les normes utilisées dans l'hôpital communal d'Allada, mais il faut préciser qu'à Genève c'est limites sont plus basses : On définit comme hyperglycémiques les personnes ayant une glycémie à jeun entre 1.00 g/l et 1.30 g/l et comme diabétiques les personnes ayant une glycémie à jeun supérieur à 1.30 g/l. Selon ces normes, le taux de diabétiques est de presque 5% dans les trois arrondissements.

Lors des séances de dépistage, nous avons invités les personnes ayant été détectées hyperglycémiques par le test rapide à venir chercher les résultats du prélèvement sanguin une semaine plus tard à l'hôpital d'Allada. Presque trois quart d'entre eux (72%) étaient au rendez-vous et ont été pris en charge. Une des raisons pour lesquelles ce nombre est incomplet est qu'il y a eu à un moment donné une confusion concernant les dates de prise en charge dû à un problème de communication, d'autres raisons pourraient être qu'il n'est pas évident pour tout le monde de venir à l'hôpital d'Allada. Néanmoins, la majorité des personnes que nous avons détectées diabétiques par l'analyse sanguine au laboratoire étaient présente à l'annonce des résultats et ont pu être correctement pris en charge.

En analysant ces chiffres, nous pouvons tout d'abord dire que cette première phase du projet a permis de faire le dépistage sur un grand nombre de personnes. La majorité des ces personnes ont pu être sensibilisés d'une façon plus ou moins intense au sujet du diabète, allant de quelques conseils hygiéno-diététiques donnés oralement aux personnes saines, à des sensibilisations intenses soutenues par des documents pour les personnes à risques et pour les personnes diabétiques.

Le nombre de personnes diabétiques, qui est de 4% selon les normes de l'hôpital d'Allada (5% selon les normes genevoises), montre que le diabète est une maladie très fréquente au Bénin. Ce qui est choquant est de constater que la grande majorité des patients n'ont pas accès au traitement faute de moyens financiers, et que beaucoup d'entre eux n'ont même pas connaissances de cette maladie.

Les causes de ce taux élevé de personnes diabétiques dans la commune d'Allada sont multiples :

- connaissances faibles de la population sur la maladie
- habitudes alimentaires peu saines comportant trop de graisses de sucres (consommation de sauces huileuses, de pâtes de maïs contenant beaucoup de glucose, de fruits sucrés comme la mangue et l'ananas, d'alcool comme la bière et l'alcool d'ananas frelaté)
- sédentarité
- Prestige social du surpoids, traditionnellement vu comme une réussite sociale et financière
- Consultations tardives avec recourt d'abord aux médecines traditionnelles
- Association à d'autres maladies (hypertension, hypercholestérolémie)

CONCLUSION

La campagne de dépistage que nous avons mené dans les 3 arrondissements de la commune d'Allada a très bien fonctionné, et c'est pourquoi nous sommes très motivées de l'étendre dans les 8 autres arrondissements que composent cette commune, ainsi qu'à d'autres communes du Bénin, mais pour cela nous devrons récolter plus d'argent dès notre retour en Suisse.

Ce voyage a été une expérience incroyable et unique pour nous. Nous nous rendons compte que nous avons eu énormément de chance d'avoir été aussi bien encadrées par l'ASVB qui a mis à notre disposition des personnes membres de l'ASVB au Bénin pour nous aider et nous diriger, nous présenter les lieux et les médecins avec qui nous avons travaillé, et aussi pour nous faire visiter le Bénin pendant nos jours de repos. Nous avons eu la chance de collaborer avec le Dr Hyacinthe AMEDOME avec lequel nous avons dès notre arrivée pu mettre en place un plan d'attaque pour organiser les campagnes de dépistages. Ce plan a été parfaitement conçu pour la durée de notre séjour au Bénin. Comme nous étions au Bénin pour une période de six semaine seulement, le respect parfait de ce planning nous a permis non seulement de ne perdre aucun temps, mais surtout de finaliser ensemble cette première phase du projet.

La première fois que nous avons été confrontées à parler en public a été pendant la première semaine lors de notre rencontre avec le comité villageois de santé de Sékou. Nous étions un peu stressée, nous savions que nous devions faire attention aux termes que nous choisissons et que nous devions nous adapter à eux, pour qu'il y ait une bonne compréhension et une confiance envers le message que nous voulions passer. Grâce aux conseils des médecins AMEDOME et TOHOUNGBA tout s'est très bien passé, et les villageois ont à multiples reprises participés activement aux débats sur le diabète.

Les relais communautaires nous ont impressionnées de part leur motivation et leur formidable implication dans le projet dès la première semaine. Nous avons énormément appréciés lors des cours intensifs sur le diabète leur motivation à apprendre, leur écoute, leurs questions pertinentes. Durant les séances de dépistages, leur présence a été d'une aide indispensable pour gérer la foule et organiser les campagnes. Grâce à leur connaissances sur le diabète et leur bilinguisme français –

Rapport de stage IM C 200

fon ils ont été les interprètes parfaits lors des annonces des résultats de dépistage. Aussi, la collaboration avec eux c'est très bien passé. Par ailleurs, ils nous ont beaucoup appris sur leur quotidien et leur culture et nous avons beaucoup ris tous ensemble, ce qui a rendu l'expérience d'autant plus agréable.

Au cours des séances de dépistages, nous avons été confrontés pour la première fois de notre vie à devoir annoncer un diagnostique. Nous avons essayé de le faire de façon confidentielle, mais nous avons été vite débordés à cause du grand nombre de personnes venues au dépistage. Nous nous sommes donc adaptées au terrain et avons donné les résultats directement après avoir lu les résultats sur la machine. Néanmoins, nous avons privilégié les personnes révélées hyperglycémiques par le test rapide pour des explications de la maladie sur le terrain.

Nous avons fait notre possible pour être disponibles pour tout le monde, répondre à toutes les questions, et vraiment essayer de faire passer des messages. Nous étions conscientes qu'il y avait à ce niveau une confrontation entre les conseils de changement de vie pour prévenir le diabète et leurs habitudes quotidiennes et alimentaires. Lors d'une émission de radio au cours de laquelle nous avons été interviewés, nous espérons avoir pu faire passer un premier message à un grand nombre de personnes.

Avec ce projet au Bénin nous avons expérimenté ce que c'est que de mener une vie plus simple sans télévision, internet, eau courante, et parfois sans électricité, dans un appartement meublé juste au nécessaire. Nous avons du laver nos habits à la main et nous laver à l'aide de bouteilles en plastiques, et au final nous pouvons dire que le fait de mener une vie plus simple pendant presque deux mois a été une expérience très enrichissante.

Le fait d'avoir vécu ensemble pendant tout ce temps nous a aussi permis de nous découvrir avec nos qualités et nos défauts. Nous avons aussi appris à mieux nous connaître nous même. Les moments que nous avons partagés lors de ce projet resteront toujours gravés dans nos esprits. L'expérience de ce voyage nous a énormément plu, et après tout ce que nous avons vu et vécu là-bas nous pouvons dire que nous nous sentons quelque part changées, et que c'est un changement en bien.

REMERCIEMENTS

Nous voudrions remercier tant de personnes qui ont permis le bon déroulement de ce projet :

- Merci à Vincent ZODOGOME qui nous a permis de participer à ce projet, qui a eu l'idée de faire collaborer les 2 médecins cités ci-dessus ensemble, qui a gérer à distance le financement du projet, qui a tout organisé pour que nous nous sentions bien sur place.
- Merci au Dr. TOHOUNGBA qui a rédigé et fait naître ce projet.
- Merci au Dr. AMEDOME qui a adopté ce projet et qui a permis sa réalisation grâce à sa pleine implication.
- Merci à Magloire KOKO, représentant de l'ASVB au Bénin, qui nous a accueilli dès notre arrivée au Bénin et a supervisé le projet.
- Merci à Narcisse MEGNIGBETO, membre de l'ASVB au Bénin, qui nous a présenté les 2 médecins, qui nous a suivi tous les jours de notre projet, qui nous a aidé dans les difficultés de la vie quotidienne que nous avons du affronter, qui a été notre ami et notre guide.
- Merci à Grâce CAPOCHICHI, qui a été une sœur pour nous: elle a vécu avec nous pendant tout le projet, a participé activement à toutes les étapes du projet depuis l'identification des relais jusqu'à la prise en charge des patients diabétiques, elle nous a aidé pendant tout les moments difficiles qu'ils soient professionnels ou personnels, elle a passé les weekends de détente avec nous, elle nous a présenté ses amis avec qui on a pu sortir pour se divertir et se changer les idées.
- Merci à Waliou OSSE, trésorier de l'ASVB, qui nous a hébergé chez lui tous les weekends à Cotonou, qui nous a conduit faire nos courses, qui nous a amener faire le change d'argent lorsqu'on avait besoin et qui l'a gardé précieusement, qui nous a fait visiter le Bénin, qui nous a introduit dans sa famille comme si nous en faisions partie.

- Merci aux relais communautaires qui ont donné de leur temps pour venir à la formation, sensibiliser les gens dans leur village, nous amener le plus de gens possible au dépistage, qui nous ont aider à gérer la foule, à donner les résultats aux patients dans leur langue, et pour tout leur soutien et leur motivation. Même après notre départ, leur implication dans le projet continu par le suivi des patient et la sensibilisation de la population de leurs villages.
- Merci au personnel soignant de l'hôpital d'Allada qui nous a aider à faire les tests de dépistage et les prises de sang dans les villages.
- Merci à la radio Alliance FM qui nous a interviewées et nous a donné la possibilité de faire passer des messages dirigés à toute la population.
- Merci au Dr. GOLAY pour le stage qu'il nous a permis d'effectuer aux HUG dans son département et d'obtenir des contacts de firmes pharmaceutiques.
- Merci aux firmes pharmaceutiques Bayer, Novo Nordisk, Sanofi Aventis, Roche Diagnostics, LifeScan, Abbott pour tout le matériel qu'elles nous ont donné.
- Merci à la commune de Corsier qui nous a donné 500 francs.
- Merci à la commune de Chambésy qui nous a donné 10 000 francs.
- Merci à toutes les personnes de notre entourage qui ont participé financièrement au projet et qui nous ont soutenues tout au long.