

# Dépistage, traitement et prévention du diabète au Bénin

Immersion en communauté

Rapport de stage

Du 17 mai au 27 juin 2010



Aurélie BORNAND  
Maxime BORGEAUD  
Steve PRIMMAZ  
Gabriel VERDON

De l'Université de Genève

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

# Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>4</b>
Choix du projet .....	4
ASVB : Association solidarité avec les villages du Bénin.....	4
Bénin .....	6
Le pays.....	6
Le système de santé béninois .....	7
Parcours d'un Béninois malade .....	8
<b>2. Préparation du projet à Genève .....</b>	<b>10</b>
Prise de contact avec les filles ayant participé à la première phase du projet.....	10
Prise de contact avec Vincent ZODOGOME.....	10
Rencontre avec son Excellence Monsieur Séraphin LISSASSI, ambassadeur du Bénin en Suisse.....	11
Demandes de fonds.....	11
Prise de contact avec le Pr Alain GOLAY.....	11
Récolte de matériel .....	12
Semaine de stage en diabétologie .....	13
Représentations des patients diabétiques à Genève.....	13
<b>3. Prise de contact avec les chefs d'arrondissement .....</b>	<b>14</b>
<b>4. Séances de sensibilisation de la population des arrondissements.....</b>	<b>16</b>
Connaissances et croyances des personnes présentes lors de la sensibilisation.....	19
<b>5. Formation des relais communautaires .....</b>	<b>22</b>
Informations transmises lors de la formation .....	24
Activités .....	28
Jeux de rôles .....	28
Séance de dépistage des relais .....	29
Impressions des participants.....	30
<b>6. Phase de dépistage .....</b>	<b>31</b>

<b>7. Analyse des résultats .....</b>	<b>34</b>
Résultats obtenus.....	34
Analyse des résultats.....	35
<b>8. Stages .....</b>	<b>38</b>
Stage à l'hôpital d'Allada.....	38
Stage au Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB) .....	40
Passage au bloc opératoire .....	42
Journée de sensibilisation de l'ulcère de Buruli .....	44
Visite d'un guérisseur traditionnel .....	44
<b>9. Conclusion .....</b>	<b>47</b>
<b>10. Remerciement .....</b>	<b>49</b>

# 1. Introduction

## Choix du projet

Dans le cadre de l'unité Immersion en Communauté, nous avons souhaité nous intéresser à la problématique de la prévention du diabète au Bénin en reprenant le projet monté par nos collègues de l'année dernière. En parcourant les rapports des années précédentes, nous sommes tombés sur le projet de lutte contre le diabète au Bénin monté par Judith, Guillemette, Guiseppina et Valéria. Ce dernier nous a plu par son sérieux, son organisation et le plaisir évident qu'elles ont eu à le réaliser.

Nous avons pris contact avec Vincent Zodogome président de l'ASVB (Association Solidarité avec les Villages du Bénin, <http://www.asvbenin.ch>), qui a été enthousiaste à l'idée de reprendre le projet, malheureusement interrompu en décembre 2009,

faute de fonds. Avoir parlé avec elles et Vincent nous a conforté dans notre envie de poursuivre ce projet.

Les objectifs sont de :

- Revoir les patients déjà dépistés comme diabétiques
- Continuer la formation des relais dans le cadre de l'organisation du dépistage et de la prévention de la maladie
- Continuer le dépistage dans d'autres arrondissements de la commune d'Allada
- Amener du matériel de dépistage
- Permettre la prise en charge des personnes dépistées comme diabétiques par l'hôpital de zone

La possibilité de partir à l'étranger pour cette unité nous a immédiatement séduits et nous est apparu comme l'occasion de vivre une expérience unique et complètement différente de notre vie de tous les jours.

L'Afrique nous a attiré par sa diversité culturelle et ses conditions de vie très éloignées des nôtres. De plus, aucun d'entre nous n'étant déjà allé dans un pays africain, cela a été une découverte pour tous.

## ASVB : Association solidarité avec les villages du Bénin

L'ASVB est une association composée de Suisses et de Béninois fondée en 1995, dont le but est d'assister et d'encourager les populations rurales du Bénin dans la réalisation de projets de développement.

Ces projets, réalisés par les populations elles-mêmes avec le soutien technique et financier de l'ASVB, concernent notamment : l'éducation et la formation professionnelle, la santé, les infrastructures communautaires, l'économie et les échanges culturels.

Lors de notre séjour nous avons pu visiter quelques réalisations de l'ASVB ; par exemple le Centre de Formation Professionnelle et de Perfectionnement d'Allada (CFPPA) qui propose des formations en génie civil, en maçonnerie et en informatique, ainsi que les structures d'approvisionnement en eau potable dans l'arrondissement d'Ayou : un château d'eau et plusieurs pompes dont l'installation a été financée par l'ASVB.



1 - CFPPA, Centre de Formation Professionnelle et de Perfectionnement d'Allada

L'ASVB soutient également la construction et la rénovation d'écoles primaires (par exemple dans le village de Tokpa) et de centres de santé (maternité dans le village d'Ouassaho).

## Bénin

### Le pays

1

Petit pays de l'Afrique de l'Ouest,

situé dans le Golfe de Guinée entre le Nigéria et le Togo, le Bénin a obtenu son indépendance de la France le 1er Août 1960. Depuis, c'est le seul pays francophone d'Afrique de l'Ouest à avoir procédé à plusieurs transitions politiques sans heurts.

Avant la colonisation, plusieurs royaumes, notamment Abomey, Allada, Ouidah et Porto-Novo, se développent et entrent en conflit avec l'empire Yoruba d'Oyo. A cette époque, le roi d'Abomey traite avec les marchands d'esclaves européens, faisant des prisonniers et les échangeant contre des biens matériels venus d'Europe. C'est d'ailleurs de cette période que date la fameuse porte du non-retour que nous avons visité à Ouidah.



2 - Carte du Bénin

A partir de 1851, les Français commencent à s'installer au Bénin, profitant de la naïveté du roi d'Abomey qui signe des traités commerciaux, sans s'apercevoir que ces derniers prennent progressivement contrôle du commerce de la région.

Ce n'est qu'en 1892 que le Bénin devient une colonie sous protectorat français, à la suite d'une répartition des terres d'Afrique de l'Ouest entre la France, l'Allemagne et l'Angleterre, lors de la conférence de Berlin de 1885. Sous colonie française, le Bénin s'appelait alors Dahomey et ce n'est qu'en 1972 après un coup d'état de Mathieu KEREKOU que le Bénin prend son nom actuel.

Après succession de différents changements à la tête de l'état, KÉRÉKOU reprend le pouvoir démocratiquement en 1996, jusqu'en 2006, où ne pouvant briguer un nouveau mandat, il cède sa place au président actuel, Yayi BONI.

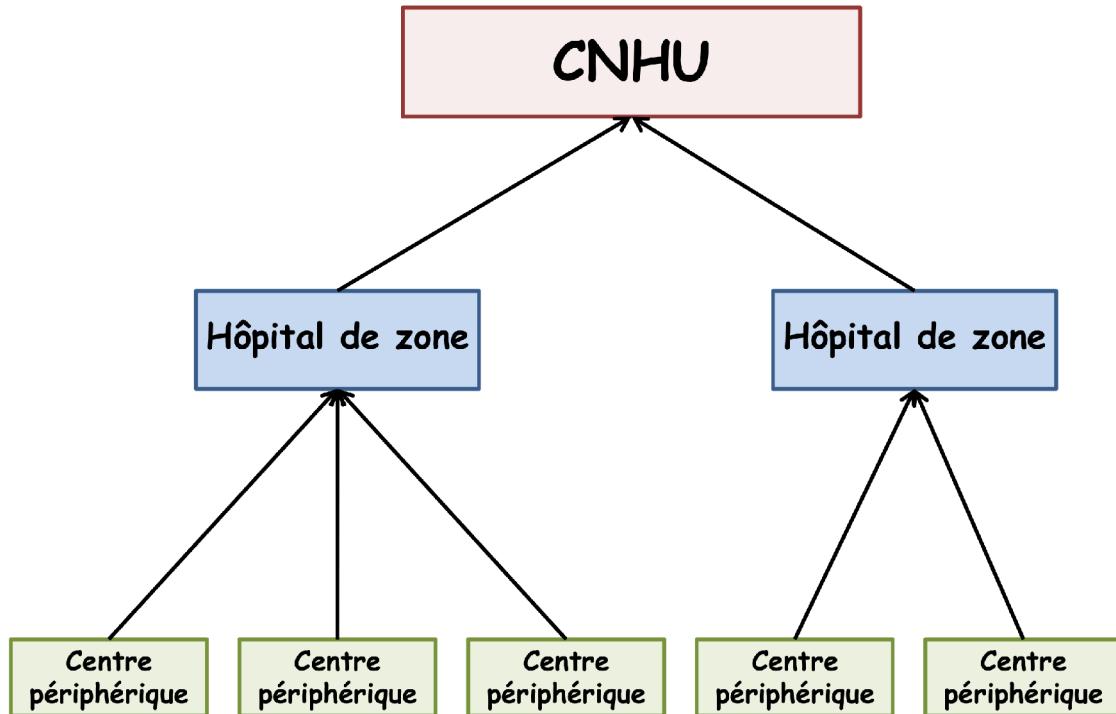
Du point de vue religieux, on peut distinguer les Chrétiens, les Musulmans et les autres religions traditionnelles africaines (notamment l'Animisme). Mais cette distinction n'est pas si nette, puisque la grande majorité des personnes mélangeant de nombreuses croyances et pratiques, créant ainsi une diversité religieuse particulière et intéressante.

Le pays est organisé en 6 départements (Atlantique, Zou, Borgou, Atakora, Mono et Ouémé) divisés en 76 communes. Ces dernières contiennent à leur tour plusieurs arrondissements, qui eux-mêmes se composent de nombreux villages. La commune d'Allada, lieu de notre dépistage, comporte par exemple 11 arrondissements.

## Le système de santé béninois

Le système de santé béninois est organisé hiérarchiquement : dans chaque arrondissement, il existe un ou plusieurs centres de périphérie (hôpital de brousse, centre de soin périphérique, dispensaire, maternité, etc...). Si un cas dépasse les compétences du personnel soignant, le patient est alors référé à l'organe de santé supérieur : l'hôpital de zone. Celui-ci couvre entre une et trois communes, soit un minimum de 100'000 personnes. Par exemple, l'hôpital de zone d'Allada prend en charge trois communes pour une population d'un peu moins de 300'000 individus.

Si le cas dépasse à nouveau le plateau technique de ce dernier, il est redirigé vers le CNHU (Centre National Hospitalier Universitaire) de Cotonou.



Chaque hôpital de zone possède une ambulance permettant ces différents transferts.

Il faut cependant noter qu'il arrive que les familles refusent le transfert en ambulance, car celui-ci est trop cher. Le patient est alors le plus souvent acheminé en moto vers le centre de santé supérieur. Précisons encore que tous les accidents de la voie publique sont pris en charge par les pompiers et non par l'ambulance. Les médecins sont peu nombreux et se trouvent essentiellement dans les hôpitaux de zone ou dans les cliniques privées. Ce sont donc les infirmiers qui assurent la majorité des consultations, des prescriptions et des soins. Les centres de périphérie ne possèdent ainsi pas de médecins et même parfois pas d'infirmiers. Le médecin possède plutôt un rôle administratif dans la gestion de l'hôpital et ne voit que les cas dépassant les compétences cliniques des infirmiers.

Il n'existe pas d'assurance maladie de base obligatoire pour toute la population. Ainsi, comme mentionné précédemment, les Béninois doivent, pour la plupart, payer eux-mêmes leurs frais d'hospitalisation. Mais pour ceux qui ont les moyens financiers, il existe des assurances privées couvrant les divers frais médicaux, de la même manière qu'une assurance complémentaire chez nous. Notons cependant qu'une assurance maladie de base accessible à tous pourrait être mise en place dans les années à venir.

### Parcours d'un Béninois malade

Il est actuellement encore rare qu'un Béninois malade se dirige spontanément vers un centre de santé pour son traitement. En effet, il suit le plus souvent le cheminement suivant. Dans un premier temps, suivant les conseils du sage de famille et de ses connaissances, il va tenter de se soigner par diverses plantes médicinales, ou « aller à la brousse » comme les Béninois le disent. S'il ne guérit pas, il se rend le plus souvent chez le charlatan, également appelé guérisseur ou « fâ ». Ce tradipraticien va expliquer au malade l'origine de son mal et lui préparer des remèdes à base de plantes (tisanes, potions, etc...) ou lui conseiller des rituels si la maladie est due à un mauvais sort. Ceux-ci peuvent consister en des sacrifices d'animaux, des offrandes ou encore des prières. Si cela ne suffit pas, le Béninois se tourne vers l'automédication en achetant des médicaments de rue, les vendeurs n'ayant bien sûr aucune formation médicale. Ce n'est qu'en dernier recours qu'il se tourne vers le centre de santé et son personnel soignant.

Lorsqu'un Béninois est malade, il se représente trois causes possibles à l'origine de sa maladie : un mal passager, un mauvais sort ou une pathologie reconnue (diabète, paludisme,...). Si le mal persiste un certain temps, la première cause est écartée. La visite chez le charlatan a pour but de conjurer le mauvais sort et l'hôpital permettraient de déterminer une cause organique. Il faut noter qu'une consultation dans un centre de santé coûte plus chère qu'une consultation chez un charlatan, ce qui est peut-être un des facteurs qui poussent les malades à se tourner d'abord vers ce dernier.

Ce parcours complexe entraîne plusieurs conséquences négatives. Tout d'abord un retard dans le diagnostic ; la personne va ainsi arriver au centre de santé avec une maladie peut-être plus avancée, ce qui va nécessiter des soins plus importants. Une perte d'argent est également à souligner, le patient devant payer le charlatan, les tisanes, les éventuels animaux sacrifiés, les médicaments de rue et enfin la consultation et les soins médicaux. A ce stade, il arrive que le patient ne puisse plus payer l'ensemble des traitements et doivent choisir ; l'argent devient alors un frein au traitement.

On observe toutefois que cette tendance diminue et que les gens, notamment dans les villes, s'orientent plus spontanément vers les hôpitaux. Cela laisse supposer que les patients leurs reconnaissent, peu à peu, une plus grande efficacité.

## **2. Préparation du projet à Genève**

### **Prise de contact avec les filles ayant participé à la première phase du projet**

Nous avons pris connaissance de ce projet de manière fortuite lors d'une discussion avec Judith BARASCHE, une des participantes de l'année dernière. La description qu'elle nous a faite de ce projet nous a grandement motivé à le poursuivre, afin de le faire perdurer sur le long terme.

Par la suite, nous les avons toutes rencontrées pour parler plus en détails du projet. Elles nous ont alors donné des conseils pratiques quant à la vie sur place et les coutumes locales, notamment en nous décrivant une journée type au Bénin. Toutes ces informations nous ont été très précieuses et nous les en remercions.

### **Prise de contact avec Vincent ZODOGOME**

La première rencontre avec Vincent ZODOGOME s'est faite lors de la présentation orale du projet par les participantes de l'année dernière.

Lorsque nous avons décidé de poursuivre ce projet, nous avons repris contact avec Vincent pour évaluer la possibilité de le remettre en route. Ce dernier a été grandement favorable d'autant plus que la première phase s'est stoppée dans le courant du mois de décembre 2009. Au fil de nos rencontres, le projet s'est peu à peu mis en place.

Il a notamment contacté Hyacinthe AMEDOME et Didier TOHOUNGBA, les médecins ayant mis sur pieds et supervisé la première partie du projet à l'hôpital d'Allada, afin de relancer celui-ci. Ces derniers ont souhaité poursuivre sa supervision, malgré le fait qu'ils aient quitté Allada pour l'hôpital de Cotonou. Il a dès lors fallu impliquer le nouveau médecin chef de l'hôpital d'Allada, le Dr Didier AGBOZOGNIGBE, et obtenir son soutien pour la poursuite du projet. Celui-ci ayant accepté, la 2 phase du projet a pu être mise en route.

Vincent ZODOGOME a aussi organisé tous les détails pratiques de notre séjour au Bénin.

## **Rencontre avec son Excellence Monsieur Séraphin LISSASSI, ambassadeur du Bénin en Suisse**

Au mois de mars 2010, l'ASVB a invité l'ambassadeur du Bénin en Suisse afin de lui présenter ses différents projets, dont le nôtre. Son Excellence Monsieur Séraphin LISSASSI a montré un grand intérêt et a proposé son aide dans l'acheminement du matériel, notamment au passage des douanes et dans l'obtention de visas gratuits pour les voyages à but humanitaire. Ce fut notre première prise de contact avec la culture et l'alimentation béninoise, et l'occasion de découvrir les autres projets réalisés par l'ASVB.

## **Demandes de fonds**

Dès la validation de notre projet nous avons entamé une recherche de fonds. Nous avons donc envoyé une demande de soutien financier contenant un résumé de notre projet ainsi que le budget prévisionnel à toutes les communes de Genève, à la commune de La Neuveville, au Fond Jeunesse du DIP et à certaines associations.

Nous avons récolté :

- 4'000 CHF de la commune de La Neuveville
- 2'000 CHF de la commune de Bernex
- 2'000 CHF de la commune du Grand-Saconnex
- 500 CHF de la commune de Satigny
- 100 CHF de la commune de Choulex

## **Prise de contact avec le Pr Alain GOLAY**

Le groupe de l'année passée nous a conseillé de rencontrer le Professeur Alain GOLAY, chef de service de diabétologie aux HUG afin d'obtenir les coordonnées des délégués pharmaceutiques et de participer à une semaine d'enseignement thérapeutique pour malades diabétiques. Le Pr GOLAY a pris de son temps pour nous recevoir, discuter avec nous de ce projet et nous a fourni de précieux conseils quant à sa réalisation.

Avec l'aide de Nathalie FRAILE, infirmière responsable du service de diabétologie, nous avons pu obtenir les contacts des représentants de Bayer®, Roche®, Abbott® et Lifescan®, ainsi que planifier le suivi d'une semaine d'enseignement thérapeutique avant notre départ.

## Récolte de matériel

Nous avons envoyé une demande de soutien matériel aux représentants des firmes citées ci-dessus. Ces derniers se sont tous manifestés pour nous aider et après quelques échanges nous avons reçu le matériel suivant :

- Bayer® : 20 lecteurs, 2200 bandelettes, 20 autopiqueurs et 2400 lancettes
- Roche® : 12 lecteurs, 3000 bandelettes et 3000 autopiqueurs à usage unique
- Lifescan® : 8 lecteurs, 800 bandelettes et 8 autopiqueurs



4 - Matériel fourni par Bayer utilisé lors du dépistage

En contrepartie de son aide matérielle, Bayer nous a demandé de rédiger un article sur notre expérience, illustré par des photos, afin de le publier dans leur revue mensuelle, Diabète Actif.

Nous avons également reçu du matériel du magasin des HUG :

- 30 flacons d'Hopirub®
- 150 paires de gants
- 8 rouleaux de Mépore®
- 

De plus, l'infirmière responsable Nathalie FRAILE nous a donné 2 autopiqueurs et 400 lancettes.

Nous avons aussi envoyé des demandes de soutien matériel à plusieurs pharmacies mais nous n'avons obtenu aucune réponse.

## Semaine de stage en diabétologie

Nous avons passé la semaine précédent notre départ au Bénin dans le service de diabétologie des HUG pour suivre une semaine d'enseignement thérapeutique pour malades diabétiques. Nous avons pu assister à des cours donnés aux diabétiques leur permettant de mieux connaître leur maladie et de mieux la contrôler. Ceux-ci portaient sur les représentations des patients concernant le diabète, le contrôle de la glycémie, les complications du diabète, les hypoglycémies, le contrôle alimentaire et sur l'activité physique.

Cette semaine nous a permis d'acquérir des techniques pour aborder le sujet de la maladie avec les patients et nous a été très utile pour rafraîchir et compléter nos connaissances sur le diabète, ses complications et son traitement. Nous avons également pu nous familiariser davantage avec le matériel utilisé pour le dépistage.

### Représentations des patients diabétiques à Genève

Les patients diabétiques se représentent la maladie comme touchant les personnes aimant le sucre et la matérialisent essentiellement par ses complications, telles que les amputations et la cécité. Certains d'entre eux associent également le diabète à l'hérédité ou à la fatalité.

Nous nous sommes ainsi rendu compte que peu d'entre eux avaient déjà une idée claire de ce qu'était le diabète avant leur entrée dans cette semaine d'éducation pour patients diabétiques. De plus, le fait que certains des patients présents participaient pour la seconde fois à cette dernière nous a permis de bien voir la différence entre leur niveau de connaissance avant et après formation.

Nous nous rendrons d'ailleurs compte par la suite que ces représentations des patients diabétiques genevois ne sont pas si éloignées de celles des Béninois.

### 3. Prise de contact avec les chefs d'arrondissement

Lors de notre première rencontre avec les Dr Amedome et Tohoungba, nous avons mis en place un plan d'action pour les semaines à venir. Ces derniers étaient chargés d'aviser les chefs d'arrondissement (les « CA », comme on les nomme au Bénin) de notre projet et de fixer avec eux un premier rendez-vous pour la phase de sensibilisation. Pour finir, nous avons dû nous-mêmes rencontrer ces chefs dans les différents arrondissements, car les médecins avaient pris du retard sur le programme déjà chargé. Ceci n'a pas été chose facile, les contacts des différents CA ayant été compliqués à obtenir.



5 - Rencontre avec le CA de l'arrondissement d'Ahouannouzoun

Les CA ont été touchés par le fait que nous, quatre « yovo » (« blancs » en fon), nous étions déplacés spontanément vers eux pour leur parler de notre projet et nous ont donc témoigné leur reconnaissance. Tous avaient déjà connaissance du projet, l'un d'entre eux s'étant même fait dépisté l'année précédente. De ce fait, ils étaient unanimement enthousiastes de voir leur arrondissement sélectionné. Ils nous ont rapidement communiqués une date et se sont chargés d'informer les chefs de village et cinq représentants par village.

Nous avons été frappés par leur accueil et l'intérêt qu'ils portaient à cette maladie et à son dépistage. En effet, tous nous ont remerciés de venir combattre ce « mal qui tue » sur leurs « terres ». Ils avaient d'ailleurs tous une idée assez précise de ce qu'était le diabète et le considéraient comme une maladie importante et meurtrière.

Le fait que notre action ait été soutenue par des médecins béninois et que tout ait été gratuit pour eux a probablement joué un rôle important dans leur acceptation du projet. Il est aussi probable que ces populations soient plus accoutumées à recevoir de l'aide d'ONG, et ainsi plus réceptives à de telles opérations que ne le seraient les populations en Europe.

## 4. Séances de sensibilisation de la population des arrondissements

Lors de la première étape de notre projet, nous avons rencontré 5 représentants de chaque village d'un même arrondissement afin de les sensibiliser à la problématique du diabète et leur présenter le déroulement du projet en détail. Après les présentations d'usage et le contrôle de la présence des différents villages, nous avons questionné les personnes présentes sur leurs connaissances et représentations sur le diabète. Pour finir nous sommes passés au choix d'un relais par village pour la prochaine étape, la formation des relais.

La plupart de ces séances se sont passées sur les places d'arrondissement, en plein air : un cadre particulier pour nous, d'autant plus que ces discussions se sont déroulées au milieu de poules et de chèvres, à proximité d'une école ou d'une route (route bétonnée traversant le Bénin du Nord au Sud et appelée « voie » par les Béninois), ou même si l'orage menaçait. Malgré cela, les débats furent riches et très interactifs. Comme tous les représentants de villages ne parlaient pas le français, les discussions se sont faites parallèlement en fon et en français.



6 - Séance de sensibilisation de la population d'Ayou

Les chefs d'arrondissement ont tenus leur promesse : tous les villages avaient au moins 5 représentants, signe d'un intérêt certain. Nous avons ainsi globalement comptabilisé la participation de 158 personnes, soit 58 personnes pour l'arrondissement d'Ayou (11 villages), 39 pour Ahouannonzoun (6 villages), 23 pour Hinvi (4 villages) et 38 pour Abganou (6 villages). Voici d'ailleurs un exemple d'une liste de présence établie lors de la sensibilisation de l'arrondissement d'Ahouannonzoun :

N°	NOM et PRENOMS	PROVENANCE	Émargement
1.	Houédote C. Justin	Hessa X <sup>1</sup>	<i>soyeuse</i>
2.	Hounkonnou Gérard	Hessa X	<i>HG</i>
3.	Aguenon Pauline	Zoundji Y <sup>2</sup>	
4.	Zinhangbodé Felicienne	Zoundji Y	
5.	Adjiva Germain	Hélén X <sup>3</sup>	
6.	Adjiva Bernard	Hélén X	<i>B Adjiva</i>
7.	Adjivo' julien	Hélén X	<i>O Adjivo</i>
8.	Adjano Landry	Hélén X	<i>Landry</i>
9.	Adjoumouandé Benoit	Hessa X	<i>Adjoumouandé</i>
10.	Gbinidi Baobé	Hélén X	<i>Gbinidi</i>
11.	Ahogniso Florent	Bawekanmey B <sup>4</sup>	<i>Florent</i>
12.	Adjibyanzo Michel	Hélén X	<i>Adjibyanzo</i>
12.	* Adjiva Ojoen Benoit		<i>Benoit</i>
13.	LALY S.G. Romonic	Bawekanmey B	<i>S.G.</i>
14.	MONTCHO C. Joël C.	Bawekanmey B	<i>Joël C.</i>
15.	WINKPO Paulin	Bawekanmey B	<i>Paulin</i>
16.	LONTCHEOISI Luc	Bawekanmey B	
17.	LISSANDOU Etienne	Bawekanmey B	<i>JH</i>
18.	HINNONTHOU Paul	Hessa X	
19.	Achoumingnou Cyprien	Hessa X	
20.	Séhounhouédé Marcelin	Hoto - lenon X <sup>5</sup>	
21.	Adjivo' Jules	Hoto - lenon X	<i>Jules</i>
22.	MOINSOUNOU C. Séraphin	Bawekanmey B	
23.	Adjivo' Raphaël	Hoto X	
24.	Cossou Honoré	Bawekanmey B	
25.	Adamédi' Etienne	Bawekanmey B	
26.	Hounzéhoué Alphonse	Bawekanmey B	
27.	Savakan Corne	Hessa X	
28.	Savakan Hottinon	Hessa X	

7 - Liste de présence lors de la séance de sensibilisation à Ahouannouzoun

Magloire KOKO, représentant de l'ASVB au Bénin, s'est chargé de présenter la genèse et la première phase du projet, réalisée l'année précédente. Il nous a ensuite donné la parole afin de parler du diabète. Nous avons commencé par explorer les connaissances et les représentations de la population sur ses causes, manifestations, et conséquences. Nous avons ensuite complété et réajusté les réponses apportées. Tout cela s'est déroulé dans un climat d'échanges réciproques entre les différents participants et non sous forme de cours magistral.

Au fil des séances, nous avons pu constater que la population connaissait mieux le diabète que ce que nous imaginions. Les réponses données à des questions telles que « Qu'est-ce que le diabète ? » ou « Comment se manifeste-t-il ? » étaient souvent correctes, et en restructurant ces connaissances, nous avons pu leur apporter une définition simplifiée et compréhensible pour tous de la maladie. Il faut d'ailleurs noter que la grande majorité des personnes sensibilisées avaient des connaissances préalables concernant le diabète et qu'ainsi, il y a certainement eu un biais de sélection dans les volontaires représentant les différents villages. En effet, ces derniers étaient pour la majorité des conseillers de village, c'est à dire des personnes élues par la population et qui encadrent le chef de village. De ce fait, les connaissances réelles de la population générale ne sont probablement pas aussi étendues. Malgré cela, nous devons souligner que ce biais est tout à notre avantage, puisque ces personnes sont influentes et connues dans leurs villages respectifs, et peuvent ainsi efficacement nous aider à sensibiliser et informer la population.

En plus de ceci, nous avons également remarqué que les connaissances de la population sur le diabète étaient inégales entre les différents arrondissements. Ceci a nécessité que nous adaptions notre manière de communiquer, afin de faire passer les messages désirés. De plus, la profondeur des informations que nous avons fournies a également été influencée par le degré de connaissance et de compréhension des personnes présentes dans les arrondissements.

Notons encore que les personnes présentes nous ont posé beaucoup de questions pertinentes et montraient une grande curiosité quant à cette maladie. Voici quelques exemples de questions qui nous ont été posées :

- Y a-t-il une relation entre le diabète et l'âge des personnes ?
- Un bébé qui naît « gros » va-t-il être plus à risque de diabète ?
- Un excès de pâte (semoule de maïs cuite à l'eau) peut-il provoquer un diabète ?
- Peut-on avoir une guérison complète du diabète ?
- Quels traitements sont efficaces contre le diabète ?
- Y a-t-il un lien entre le bouillon et le diabète ?

Le dernier point de la séance de sensibilisation a été le choix des relais communautaires. Nous avons alors demandé que les personnes sélectionnées dans chaque village sachent lire et écrire, et si possible parlent français. Nous avons ainsi dégagé 27 relais, soit 11 pour l'arrondissement d'Ayou, 6 pour Ahounnonzoun, 4 pour Hinvi et 6 pour Agbanou.

## Connaissances et croyances des personnes présentes lors de la sensibilisation

Mentionnons tout d'abord le fait que le diabète est connu par les Béninois sous le nom d'« adovivi szon», ou « maladie de l'urine sucrée » en fon. La majorité des gens connaissent l'existence de la maladie, mais ne la comprennent pas vraiment. De fait, seul un petit nombre est réellement conscient des conséquences que peut avoir le diabète.

Au cours des séances de sensibilisation, de nombreuses notions correctes ont été relevées par les différents participants. Retenons par exemple :

- Le lien entre le diabète et le sucre : Lors de toutes les séances, la population a mentionné le lien entre le diabète et un excès de sucre dans le sang, le terme de glycémie trop élevée ayant même été évoqué au cours d'une d'entre elles. Par contre, dans la majorité des cas, les personnes pensaient que l'excès de sucre causait le diabète et que de ce fait une alimentation trop sucrée provoquait la maladie. Lors de notre stage en diabétologie aux HUG, nous avions également remarqué que beaucoup de personnes partageaient cette croyance de l'hyperglycémie comme cause du diabète et non comme conséquence, mais ce lien était moins marqué.
- L'urine sucrée : aux yeux de la population la manifestation principale du diabète était l'invasion de l'urine par les mouches et les fourmis immédiatement après la miction. Lorsque nous leur demandions pourquoi ceci se produisait, ils nous répondaient que l'urine contient alors du sucre, ce qui attire les mouches. La population voyait ceci comme un moyen diagnostique pour savoir qu'une personne souffre de diabète. Nous avons été étonnés que cette vision de la maladie soit partagée par tous et que celle-ci soit systématiquement associée au diabète.
- La fatigue : elle a été citée à toutes les séances. La personne diabétique était décrite comme fatiguée et incapable de faire des travaux physiques, comme travailler aux champs. Par contre, il est important de mentionner que la population interprète fréquemment une fatigue généralisée plutôt comme un signe de paludisme que comme un signe de diabète.

- La perte de poids : les personnes associaient ceci surtout à la cause du décès du malade. En effet, ils voient la personne diabétique comme perdant beaucoup de poids et s'affaiblissant, jusqu'à la mort. Il faut cependant noter que la perte de poids n'est pas seulement liée au diabète, mais également aux traitements traditionnels de la maladie, comme le fait de prendre uniquement des tisanes, ou aux restrictions trop importantes des apports alimentaires, sans contrôle médical régulier. En effet, les personnes malades consultent généralement une première fois un médecin, qui leur conseille de restreindre leur alimentation, mais ne reconnaissent pas par la suite pour des contrôles, faute de moyens.

- Une alimentation trop riche en calories : lors de la séance dans l'arrondissement de Hinvi, une personne a mentionné le fait que le diabète pouvait être évité en mangeant moins d'aliments gras et sucrés.

- Le caractère héréditaire de la maladie (« koumè szon » ou « maladie de lignée » en fon) : dans deux des arrondissements, il a été mentionné que le diabète était également une maladie qui se transmettait de génération en génération au sein de la famille.

- La polyurie

Concernant les complications du diabète, la dysfonction rénale, les plaies incurables et la cécité ont parfois été citées. Cet aspect de la maladie était en effet peu connu de la population. Cependant, dans tous les cas, on reconnaissait cette pathologie comme un « mal qui tue ». En effet, il nous a semblé que les personnes associaient presque systématiquement le diabète à un décès certain.

Par contre, dans aucunes des séances, le diabète n'a été associé à l'obésité. Cette « négligence » provient probablement du fait que la croyance locale veut que l'excès pondéral soit vu comme un signe de bonne nutrition et donc de richesse. De plus, ceci est particulièrement vrai pour les femmes, puisque la coutume veut que le modèle de beauté féminine soit l'embonpoint (« kloklo » en fon) ; elle sera ainsi capable de supporter les grossesses et donner de « beaux enfants ».

Notons également que certaines réponses étaient erronées et que le diabète était parfois confondu avec d'autres pathologies, comme la dysurie, la dysphagie, les hémorroïdes ou l'hypertension artérielle. Il faut signaler que ceci a également été relevé l'année dernière au cours de la première phase du projet.

Le rationalisme des personnes face à cette maladie nous a étonnés. En effet, à aucun moment les individus présents à ces séances n'ont mentionné le fait que le diabète pouvait être une conséquence d'un mauvais esprit ou d'un sort jeté pour une quelconque raison. De plus, toutes les réponses données étaient proches de la réalité médicale. Cependant, en discutant avec différentes personnes nous avons pu relever que certains continuent à penser que cette maladie est due à des sorts ou est une punition pour un mauvais acte accompli. Néanmoins ces derniers sont en forte minorité et la tendance est à la diminution.

Un point intéressant relevé au cours de ces séances de sensibilisation est que les gens sont plus interpellés par la problématique du diabète que par celle du SIDA. Ceci s'est notamment vu par un engouement de la population pour la première phase de la campagne de dépistage du diabète plus grand que pour un dépistage du SIDA organisé dans la même période.

Ce qui apparaît comme un paradoxe pour nous n'en est pas réellement un pour la population locale : en effet, cette dernière voit le SIDA et ses moyens de prévention comme désuets, ainsi que comme un fond de commerce, tant les messages de prévention sont nombreux et rabâchés. A ce sujet, il nous a par exemple été dit : « Les gens chantent trop le SIDA, tel que la population n'y croit plus ». De plus, il est difficile pour la population, majoritairement illettrée dans les milieux ruraux, de concevoir la maladie comme se transmettant par voie sexuelle, puisque ses manifestations ne surviennent que des années après l'acte.

Il est également fort probable que, le test de dépistage à l'hôpital étant relativement onéreux pour une famille (1500 FCFA la glycémie pour un revenu mensuel minimum de 40'000 FCFA), la gratuité des campagnes de dépistage attire ainsi de nombreuses personnes.

## 5. Formation des relais communautaires

La deuxième étape du projet a consisté à former les 32 relais sélectionnés lors de la phase de sensibilisation. L'objectif était de leur fournir les connaissances et informations nécessaires afin qu'ils puissent nous aider dans les phases de dépistage et de suivi. Ainsi, leurs rôles ont été de :

- Prévenir la population de la date et du lieu du dépistage, notamment en prenant contact avec les crieurs publics
- Sensibiliser la population à la problématique du diabète et aux moyens de le prévenir
- La convaincre de venir se faire dépister
- Aider à la mise en place et au bon déroulement du dépistage
- Suivre et conseiller les personnes dépistées diabétiques

A long terme, le souhait des docteurs AMEDOME et TOHOUNGBA est de créer une association regroupant les diabétiques, relais communautaires et autres sympathisants, ainsi que de mettre en place le premier centre de diabétologie public du pays.

Cette formation s'est déroulée sur trois jours, dans une salle de conférence mise à notre disposition par le Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB), à Allada. Les médecins étaient présents, ainsi que Matthias KPOSSOUHON, future coordinateur du projet après notre départ. Nous avons repris les présentations Powerpoint que les docteurs avaient préparées l'année passée et nous y avons apporté quelques corrections. Ainsi, les thèmes principaux de la formation ont été conservés, à savoir : la définition du diabète, ses causes biologiques, ses symptômes, ses complications, ses interactions avec les autres maladies, ses facteurs de risque, sa prévention et finalement son traitement. Ce fut également l'occasion de leur parler des avantages de participer à un dépistage, leur donnant ainsi les arguments nécessaires pour convaincre les habitants de leurs villages respectifs.

Les journées se sont essentiellement déroulées sur la base de discussions plutôt que de cours ex cathedra. Avant chaque thème, nous avons donc questionné l'audience afin d'évaluer le niveau de connaissance des relais. Ces brainstormings ont permis de dégager les idées principales et de mettre au clair le sujet précis du thème. En effet, il arrivait qu'il y ait des confusions, comme par exemple entre les facteurs de risques et la prévention. Dans un second temps, nous avons approfondi les différents points abordés, mais toujours sur la base d'une discussion, en laissant notamment les participants répondre à leurs propres questions. A ce moment, nous corrigions les idées erronées et clarifions les questions restées sans réponses.

Ce n'est qu'après avoir parlé de tous les éléments importants que nous avons utilisé les présentations Powerpoint pour résumer et imager nos propos. Notons encore que tout ceci se déroulait parallèlement en français et en fon, afin que ceux qui ne parlaient pas très bien le français comprennent les éléments importants et que certains relais qui n'osaient pas s'exprimer en français puissent quand même le faire en fon. De plus, nous faisions régulièrement des synthèses pour que les relais mémorisent progressivement toutes ces informations.



8 - Relai répondant à une de nos questions lors d'une des journées de formation

A la fin de chaque sujet, nous demandions à un des relais de venir résumer devant ses pairs ce qui avait été dit, une fois en français et une fois en fon. Ceci nous a permis de voir si tout le monde avait bien compris et a donné la possibilité aux relais de poser des questions s'ils ne comprenaient pas bien quelque chose. Ces résumés furent d'une grande utilité, car ils nous ont notamment permis de nous rendre compte dès la première demi-journée que certains des relais avaient particulièrement de la peine à suivre. En effet, à la fin de la première journée, une des participantes nous a dit que la formation était difficile de par sa quantité d'informations. Nous avons donc pu demander à ces relais de venir accompagnés d'une personne qui puisse les aider lors de la seconde journée de formation.

De plus, nous avons alors adapté notre discours au niveau des relais qui avaient le plus de difficulté, notamment en répétant plus souvent les divers éléments et en traduisant systématiquement en fon ou en ayizo, dialecte plus fréquemment parlé par les personnes vivant hors des grands villages de la région d'Allada.

Les journées ont également été parsemées de diverses activités, comme le dépistage des relais communautaires et des jeux de rôles. Celles-ci ont permis aux relais de se rendre compte en quoi consistait la procédure de dépistage et d'inclure un côté plus pratique dans la formation.

Comme lors de la sensibilisation, nous avons été étonnés du niveau de connaissances de certains relais et par la pertinence des questions et remarques. Nous avons donc pu utiliser ces personnes pour expliquer à ceux qui avaient plus de difficultés à comprendre. A la fin des trois jours, nous avons estimé que le niveau de connaissance, que nous souhaitions qu'ils aient, avait été atteint par la grande majorité des relais.

## Informations transmises lors de la formation

Pour commencer le premier module, nous avons défini le diabète comme une maladie non transmissible qui se manifeste par un excès de sucre dans le sang et parfois dans l'urine, due à un manque ou à la diminution de l'efficacité de l'insuline. Comme nous l'avons souligné pour la sensibilisation, les personnes avaient tendance à considérer l'excès de sucre dans le sang comme la cause et non comme la conséquence du diabète ; nous avons donc essayé de leur faire comprendre la différence.

Nous avons également énoncés plusieurs symptômes qui permettent de voir si une personne est diabétique : fatigue excessive, perte de poids, faim excessive, soif excessive, plaies non guérisables, polyurie et urine sucrée qui attire les mouches. Ces derniers ont tous été cités spontanément par les relais. Concernant la fatigue, nous avons bien fait la distinction entre le paludisme et le diabète, et nous avons insisté sur le fait qu'il était nécessaire d'aller à l'hôpital faire une prise de sang, afin qu'un professionnel de la santé pose le diagnostic en cas de malaise général, au lieu de se soigner systématiquement pour le paludisme.

Pour finir ce premier thème, nous avons mentionné l'existence de deux types de diabète. Nous avons décrit le premier type comme étant rare, touchant les enfants et dû à un défaut complet d'insuline, alors que le deuxième type, plus fréquent, touche essentiellement les adultes et est entre autre lié à un excès de poids et un manque d'exercice physique.

Dans le second module, nous avons expliqué la physiopathologie du diabète. Nous avons commencé par décrire le trajet du sucre, depuis les aliments jusqu'aux organes. Sachant que, chez les diabétiques, le taux de sucre dans le sang est trop élevé, les relais ont rapidement compris que le problème se situait au niveau du passage du sucre du sang aux muscles. Nous avons alors introduit la notion d'insuline, que les relais eux-mêmes ont définie comme étant une substance produite par le pancréas, qui aide le passage du sucre aux muscles. Pour que tous comprennent bien ce concept, l'insuline a été comparée à une clé qui ouvrait la serrure des muscles pour le passage du sucre, ou encore à un wagon qui transporte le sucre dans les muscles, les rails étant le sang.

Nous avons distingué les deux types de diabète : le premier est dû à un manque complet d'insuline, alors que le deuxième est dû une diminution de la production et de la qualité de l'insuline. Nous avons surtout insisté sur le type deux, parce que c'est le plus fréquent et parce qu'on peut l'éviter. Nous avons alors essayé de leur faire comprendre que l'excès de graisses et le manque d'exercice physique pouvait fatiguer le pancréas, ce dernier produisant alors moins d'insuline, et de moins bonne qualité.

Ce module a été le plus compliqué à présenter, à cause de sa complexité. C'est d'ailleurs à ce moment que nous avons remarqué que certains relais peu bavards avaient en réalité de la peine à suivre. Nous avons alors beaucoup répété et insisté sur les résumés, notamment en Fon.

Nous avons consacré le troisième module aux complications qu'entraîne un diabète non contrôlé. Quand les relais ont commencé à citer la fatigue et l'amaigrissement, nous nous sommes rendu compte qu'ils confondaient symptômes et complications. Nous avons alors redéfini les symptômes comme des manifestations à court terme du diabète et les complications comme des séquelles pouvant arriver à plus ou moins long terme, si on ne contrôle pas sa glycémie.

Après cette rectification, les relais ont cités spontanément la cécité, la faiblesse sexuelle, les plaies incurables, les amputations et l'insuffisance rénale, comme complications. A cette liste, nous avons rajouté les lésions nerveuses entraînant une perte de sensibilité, les problèmes cardio-vasculaires et la cataracte.

Nous avons insisté sur l'intérêt de contrôler son diabète pour éviter les complications, ainsi que sur l'importance de vérifier ses pieds et, en cas de lésion, d'aller se soigner à l'hôpital pour éviter les infections qui peuvent conduire à l'amputation.

Nous avons commencé le quatrième module en définissant un facteur de risque : c'est l'ensemble des choses, des événements de notre vie, qui vont favoriser l'arrivée d'une maladie. Concernant les facteurs de risques non modifiables, nous avons cité l'hérédité et l'âge avancé et, pour les facteurs de risque modifiables, l'alimentation grasse et trop riche, la sédentarité ainsi que l'obésité.

Le lien entre les facteurs de risques modifiables et la prévention du diabète a été souligné. Nous avons aussi insisté sur le fait qu'un facteur de risque n'entraîne pas forcément la maladie ; avoir un parent diabétique, par exemple, n'implique pas que l'on développera forcément un diabète, mais cela augmente la probabilité. Les relais ont posé beaucoup de questions sur l'obésité ; ils ne comprenaient pas trop la différence entre l'embonpoint (« kloklo » en Fon) et l'obésité en tant que maladie (« djidji szon »). A la demande des médecins, nous avons alors introduit la notion d'IMC (Indice de Masse Corporelle), qui permet de définir l'obésité comme étant un score supérieur ou égal à 30.

A la fin du module, à notre demande, les relais nous ont décrit une personne à risque élevé d'avoir un diabète : il s'agit d'une personne âgée, obèse, qui mange trop gras, sédentaire et qui a des parents diabétiques.

Le cinquième module concernait les moyens de prévention du diabète. Nous avons demandé aux relais si, en connaissant les facteurs de risques, ils pouvaient trouver un moyen d'empêcher l'arrivée du diabète. L'un des relais a très justement répondu qu'il fallait éviter les facteurs de risques modifiables, c'est-à-dire manger peu de graisse et prendre le temps de faire du sport. Un autre a ajouté qu'il fallait suivre les conseils du médecin.

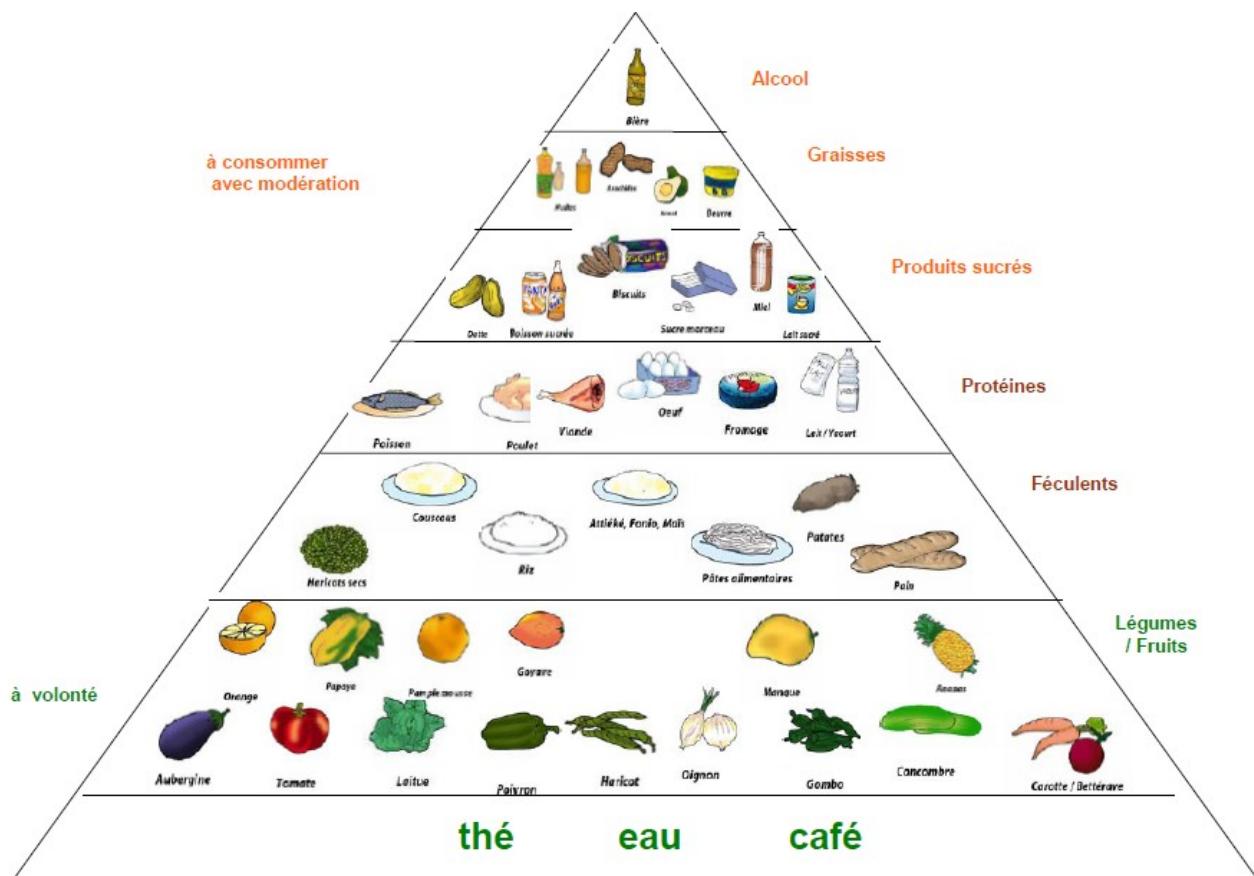
Lors de la présentation, nous les avons rassurés en leur disant qu'il ne fallait pas courir des kilomètres, mais faire au moins 30 minutes d'activité physique par jour ; les tâches ménagères et les travaux champêtres étant considérés comme des activités physiques.

Comme autre moyen de prévention, nous avons cité le dépistage, manger et boire de façon équilibrée et modérée, limiter l'huile et les graisses ainsi que contrôler son poids.

Lors du dernier module, nous avons essayé de donner aux relais des arguments qu'ils pourraient utiliser pour convaincre les habitants de leur village de venir se faire dépister. La gratuité, la rapidité et la proximité du dépistage ont été mentionnés, ainsi que la gratuité du suivi et du traitement pendant un an. Nous avons également insisté sur l'importance des conseils pour prévenir un diabète et l'importance d'un diagnostic précoce pour essayer d'éviter ses complications.

Au cours de la dernière matinée, nous avons repris les messages de prévention concernant l'alimentation. Pour cela nous avons utilisé une pyramide alimentaire que les médecins nous ont fournie. Celle-ci contient des aliments locaux qui ont ainsi impliqués les relais au maximum. Elle repose sur le même principe que la nôtre : les aliments à consommer à volonté en bas et les aliments à éviter en haut. Cet outil s'est révélé précieux tout au long du projet, car les gens s'y identifiaient volontiers.

Un point plus approfondi fut celui de la répartition des graisses dans la nourriture. En effet, au cours de notre séjour, il ne nous a pas fallu longtemps pour constater que la plupart des mets sont cuisinés avec de l'huile de palme. De fait, cette dernière accompagne pratiquement tous les plats de base et constitue le problème central de l'alimentation béninoise. Ainsi, en énumérant toute une série d'aliments différents (avocats, mayonnaises, huiles, ...), nous avons cherché à évaluer la part graisseuse que les relais leur attribuaient et, de cette manière, à leur faire prendre conscience des graisses cachées.



9 - Pyramide alimentaire adaptée aux aliments béninois

La volonté de changer cette habitude a été l'un des nombreux objectifs du dépistage et de la prévention. Les relais nous ont alors dit qu'il est certainement impossible pour un Béninois de supprimer totalement l'huile de palme de son alimentation, car celle-ci est la moins chère et pratiquement la seule que l'on trouve sur les marchés. C'est pourquoi nous avons plutôt insisté sur la nécessité de diminuer les quantités d'huile dans les sauces et autres plats, plutôt que sur la distinction entre bonnes et mauvaises huiles.

Finalement, alors que nous parlions de l'importance de consommer beaucoup de légumes, un relais nous a lui-même fait remarquer que les légumes sont traditionnellement cuisinés en sauces, à base d'huile de palme. Encore une fois nous avons alors répondu qu'il fallait alors diminuer au maximum les quantités d'huile, sans pour autant ne plus en utiliser du tout.

## Activités

### Jeux de rôles

Afin de donner un aspect un peu plus ludique et pratique à la formation, nous avons proposé aux relais des jeux de rôles mettant en scène 3 situations différentes. Dans le premier thème, nous avons demandé aux relais de sensibiliser une communauté religieuse qui refusait le dépistage ; nous voulions surtout faire ressortir les avantages du dépistage. Pour le second, les relais devaient convaincre un chef de village de mettre en place un dépistage en lui transmettant les connaissances qu'ils avaient acquises sur le diabète pendant ces 3 jours de formation. Le dernier sujet a mis en scène des relais qui devaient donner des conseils à une personne qui a été dépistée diabétique ; nous voulions leur montrer le rôle qu'ils auraient à tenir après le dépistage, concernant le suivi des futurs patients diabétiques.



10 - Jeux de rôle effectués par les relais

Les relais se sont bien impliqués et ont joué ces situations avec enthousiasme. Ils n'avaient aucune gêne, et ne semblaient pas vouloir s'arrêter de parler.

Malheureusement la plupart des discussions se sont déroulées en fon et nous n'avons pas pu apprécier pleinement les différentes situations, ni vérifier nous-mêmes la qualité des informations utilisées. Ce fut quand même un moment très agréable et divertissant et les médecins nous ont dit que le niveau était bon. A la fin de chaque scène, les relais qui avaient joués et les autres donnaient leur avis sur ce qui avait bien été fait et ce qui pouvait encore être amélioré.

#### Séance de dépistage des relais

Dès le premier jour de la formation, certains relais étaient déjà curieux de savoir quand est-ce que l'on procéderait à leur propre dépistage. Ainsi, au matin du troisième jour de formation, nous leur avons demandé de venir à jeun afin de les dépister. Après avoir montré l'exemple sur nous-mêmes, également venus à jeun pour l'occasion, tous les participants ont accepté de se soumettre à la procédure. Nous n'avons relevé aucun cas d'hyperglycémie, nous confirmant d'une part que tous étaient venus à jeun et d'autre part qu'il n'y avait aucun diabétique parmi eux. Quelques personnes présentaient une légère hypoglycémie, faisant surgir quelques craintes. Ce fut alors l'occasion de reparler de l'hypoglycémie et de ses risques, mais aussi de les rassurer quant à la normalité de leurs taux, ces derniers n'ayant pas mangé depuis la veille.

Le dépistage des relais communautaires a également permis d'effacer plusieurs inquiétudes qu'avaient les relais ou qu'ils nous transmettaient de la population. En

effet, ils nous ont dit que beaucoup de personnes avaient peur de venir se faire dépister, car elles pensaient que cela nécessitait une prise de sang, ou encore que nous allions en profiter pour faire un dépistage du SIDA. Nous les avons donc rassurés en leur montrant que seule une goutte de sang était nécessaire pour le dépistage du diabète et que nous prélevions du sang uniquement en cas d'hyperglycémie afin de confirmer cette dernière : en ne regardant que le taux de sucre et l'hémoglobine glyquée.

## Impressions des participants

De manière générale, ces trois jours de formation ont enchanté les relais. Ceci s'est confirmé par leur participation et leurs nombreuses questions. Ils se disaient ravis d'avoir pu prendre part à ces débats et avaient tous hâte de nous accueillir dans leurs arrondissements respectifs pour la séance de dépistage. Ils nous ont également exprimé leur reconnaissance pour nous être déplacés dans leur pays. L'un des relais a confirmé l'utilité de ces trois jours de formation et a encouragé les médecins à faire de même pour d'autres maladies.



11 - Les relais et nous à la clôture des trois jours de formation

Pour notre part, nous avons beaucoup apprécié faire ces séances parce que nous voyions qu'ils avaient de l'enthousiasme à apprendre. Nous avons été encouragés par leurs questions.

## 6. Phase de dépistage

Avant de commencer le dépistage, les médecins ont pris contact avec huit infirmiers du centre de santé d'Allada, du Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli et des dispensaires des arrondissements concernés. Ceux-ci nous ont beaucoup aidé lors du dépistage : non seulement à tester les glycémies, mais aussi à noter le nom des patients. De plus ceux-ci se sont occupés des prises de sang. Ainsi nous avons organisé une courte séance avec médecins et infirmiers au CDTUB lors de laquelle nous avons expliqué la prise de glycémie et le fonctionnement des lecteurs aux infirmiers. Ils ont également pu s'exercer entre eux à ce moment là.

Du 09 au 16 juin s'est déroulée la phase active du dépistage. Les relais avaient été chargés de prévenir la population de la date et du lieu du dépistage, en engageant un crieur public avec de l'argent fourni par le projet et en faisant eux-mêmes du porte à porte avec l'aide des personnes présentes lors de la sensibilisation. Nous nous sommes donc déplacés dans les différents arrondissements avec notre matériel. Le dépistage s'est déroulé sur deux jours dans les grands arrondissements : c'est-à-dire à Ayou et Agbanou, et sur un seul à Ahouannonzoun et Hinvi. Les rendez-vous avec la population étaient fixés à sept heures du matin à chaque fois : en effet les gens devaient venir à jeun. On avait demandé aux relais de s'assurer que des tables et des chaises seraient disponibles sur la place d'arrondissement le matin à notre arrivée de façon à pouvoir commencer rapidement.



12 - Dépistage des personnes à Ayou

Plusieurs tables s'occupaient des prises de glycémie. A chacune, un relais ou un infirmier notait le nom, l'âge et la provenance des gens se présentant pour le dépistage, ainsi que le résultat de la glycémie effectuée par un autre infirmier ou l'un de nous. Pendant ce temps, d'autres relais donnaient des conseils sur une alimentation saine avec l'aide de pyramides alimentaires ; ces dernières ont été également distribuées à la population (dans la mesure des feuilles disponibles). Une table était dédiée à la prise de sang : les personnes présentant un taux de sucre sanguin supérieur ou égal à 1.2 g/l y étaient systématiquement dirigées, afin de confirmer l'hyperglycémie. Les tests ont été effectués les après-midi au centre de santé d'Allada. Ces patients ont été convoqués, le lundi suivant, à ce même centre pour avoir leur résultat et pour bénéficier, si nécessaire, d'une consultation médicale.



13 - Files de personnes attendant de se faire dépister

Dans les arrondissements d'Ayou, Agbanou et Hinvi la population s'est déplacée en nombre. A Ahouannonzoun par contre nous avons rencontré moins de succès ; peu de monde s'est déplacé alors qu'il s'agit d'un des arrondissements les plus peuplés de la commune. Les médecins ont expliqué cela par le manque de motivation des relais : ceux-ci s'étaient simplement contenté d'engager un crieur public et avaient omis de faire du porte à porte. Les Dr TOHOUNGBA et AMEDOME ont alors tourné en voiture dans les villages de l'arrondissement avec un haut parleur pour prévenir les gens et les relais ont également été envoyés chercher la population. Les gens ont donc commencé à venir et nous nous sommes vite rendu compte que le taux de diabétiques y était plus élevé que dans les autres arrondissements, ce qui nous

faisaient encore plus regretter le fait que le travail des relais ait mal été fait. Nous sommes restés plus longtemps, mais vers 10h nous avons du arrêter car la plupart des personnes qui se présentaient avaient déjà mangé ; nous leur avons conseillé de revenir à jeun les jours suivants, dans un autre arrondissement.



14 - Relais présentant la pyramide alimentaire à un groupe de femme venant de se faire dépister

Nous avons eu de la chance avec le temps, car il n'a jamais plu pendant une séance de dépistage. Par contre, comme il pleuvait l'après-midi, les hommes se rendaient aux champs le lendemain matin et ne venaient pas au dépistage ; cela explique le fait que nous ayons vu plus de femmes.

Plusieurs personnes pensaient qu'il s'agissait d'une prise de sang et semblaient étonnés que le test soit, en fait, si rapide ; d'autres ne savaient même pas pourquoi elles étaient là et voulaient partir avant le résultat de la glycémie, il a ainsi fallu courir après certains. La plupart voulaient que ce soit nous, des « yovos », qui leur disions que le résultat était normal, mais d'autres semblaient nous éviter. Quelques uns ont profité de notre présence pour nous parler d'autres problèmes de santé, mais comme nous ne les comprenions pas, nous les envoyions auprès des médecins.

## 7. Analyse des résultats

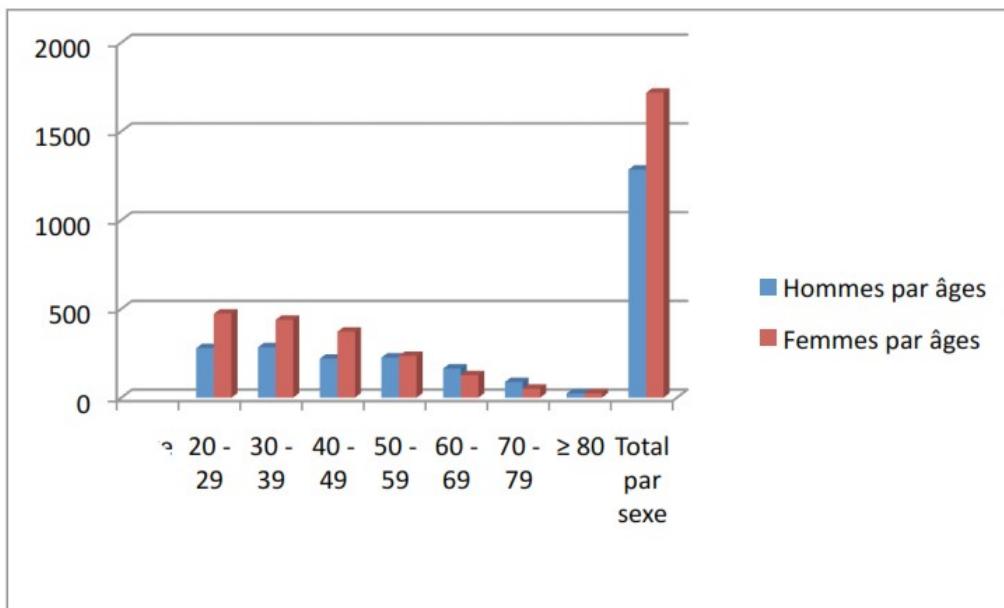
### Résultats obtenus

Arrondissement (Jour)	Nombre de dépistés	Population de l'arrondissement (2008)
Relais communautaires (04.06.10)	37	-
Ayou (09.06.10)	508	5541
Ayou (10.06.10)	482	5541
Ahounnouzoun (11.06.10)	288	9131
Agbanou (14.06.10)	533	9304
Agbanou (15.06.10)	714	9304
Hinvi (16.06.10)	476	3605
<b>TOTAL</b>	<b>3038</b>	<b>27581</b>

Tableau 1 - Population dépistée et population par arrondissement

Arrondissement (Jour)	Glycémies normales (0.7 - 1.2 g/L)	Hyperglycémies Confirmées (1.2 - 1.6 g/L)	Diabétiques confirmés ( $\geq 1.6$ g/L)	Hypoglycémies ( $\leq 0.7$ g/L)	Faux positifs (Parmi les hyperglycémies)
Relais communautaires (04.06.10)	26	0	0	9	0
Ayou (09.06.10)	368	7	2	131	6
Ayou (10.06.10)	302	1	0	174	1
Ahounnouzoun (11.06.10)	268	6	5	6	4
Agbanou (14.06.10)	413	5	1	114	3
Agbanou (15.06.10)	604	10	1	96	10
Hinvi (16.06.10)	410	14	5	42	9
<b>TOTAL</b>	<b>2365</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>563</b>	<b>33</b>

Tableau 2 - Résultats du dépistage et des laboratoires par journée de dépistage



Graphique 1 - Population dépistée en fonction de l'âge et du sexe

## Analyse des résultats

Globalement, le nombre de personnes s'étant présentées aux séances de dépistage est excellent : 3038 en 6 matinées. Ceci est pratiquement le double de ce qui a été effectué l'année dernière, avec 1736 dépistés 2. Seule la séance dans l'arrondissement d'Ahouannouzoun n'a pas été à la hauteur de nos attentes, avec « que » 288 dépistés, pour une moyenne de plus de 500 par journée pour les autres arrondissements. Notons que le matériel et le temps à disposition auraient permis de dépister jusqu'à 5'000 personnes.

Après comptabilisation de tous les résultats, nous avons obtenu une proportion de 0,46% de diabétique, c'est-à-dire 14 personnes confirmées diabétiques. Cela est très inférieur à ce que nous prévoyions au début du projet ; en effet, les médecins nous avaient affirmés que la proportion nationale de diabétiques était supérieure à celle du SIDA : 4% contre 1,2% 3

. En détaillant les résultats, nous avons été frappés par les différences entre les arrondissements ; ainsi à Ayou, par exemple, nous avons constaté très peu de cas d'hyperglycémie, et au contraire, beaucoup de cas d'hypoglycémie, alors que les résultats d'Ahouannouzoun montrent une tendance inverse. Le nombre de faux-positifs nous a aussi interpellé : 33 de tous les cas d'hyperglycémie se sont révélés être en fait des faux-positifs après analyse du sang.

La chaleur et l'humidité régnant au Bénin a peut-être pu porter préjudice à la qualité du matériel utilisé.

2 Rapport de stage Immersion en Communauté « Projet de lutte contre le diabète au Bénin », 2009

3 OMS : <http://www.who.int/countries/ben/fr/>

La population dépistée peut au premier abord sembler jeune, mais cela n'est pas surprenant lorsque l'on considère qu'environ la moitié de la population béninoise a moins de 15 ans<sup>4</sup>. Notons que nous avons également eu plus de femmes dépistées que d'hommes. Ceci peut notamment être expliqué par le fait qu'un grand nombre d'hommes étaient aux champs lors des séances de dépistage, puisque ces travaux sont essentiellement effectués tôt le matin, notamment pour éviter la chaleur de l'après-midi.

De manière générale, nous avons trouvé une proportion de diabétiques confirmés bien inférieure à l'année passée : respectivement 0,46% cette année contre 4% l'an passé. Notons cependant que nous avons eu plus d'hyperglycémies (diabétiques exclus, soit des glycémies entre 1,2 et 1,6 g/L) que l'année dernière.

Il existe plusieurs hypothèses pour expliquer ces différences d'une année à l'autre, reposant toutes sur le fait que les arrondissements dépistés l'année dernière sont situés plus proches de la voie, et donc plus urbains, que ceux de cette année, qui sont principalement ruraux. Relevons notamment :

#### - Le milieu urbain et ses habitudes :

L'année dernière, le projet prenait en charge des villages essentiellement localisés proche de la voie, ce qui n'a pas été le cas cette année, à l'exception de l'arrondissement de Hinvi. Or, les arrondissements situés au bord de la voie principale sont plus touchés que ceux situés dans une région plus rurale. Ceci peut entre autre s'expliquer par les habitudes plus citadines (fréquentation des maquis, alcoolisme, alimentation plus riche en graisse et plus abondante, moins de travaux champêtre, sédentarité,...). D'ailleurs, c'est bien dans l'arrondissement de Hinvi, et dans une moindre mesure dans celui d'Ahouannouzoun, également situé proche de la voie, que nous avons eux le plus de cas d'hyperglycémie et de diabétiques confirmés (respectivement 52,6% et 70,4% par rapport aux hyperglycémies et aux diabétiques totaux).

#### - Le profit de la gratuité :

Nous entendons par ceci que dans les arrondissements plus citadins, les personnes sont mieux informées au sujet de leur état de santé, notamment du fait de la proximité des centres de santé. Ainsi, ces dernières ont plus souvent connaissance de leur état diabétique et vont donc venir au dépistage afin de profiter de la gratuité des soins qui lui est associé en cas de résultat positif. Ceci concerne notamment l'arrondissement de Sékou, dépisté l'an passé, qui a mis en évidence 65,2% des diabétiques confirmés totaux (45 pour 69 diabétiques au total) et 52,6% des hyperglycémies totales (10 pour 19 hyperglycémies au total).

<sup>4</sup> OMS : <http://www.who.int/countries/ben/fr/>

5 Rapport de stage Immersion en Communauté « Projet de lutte contre le diabète au Bénin », 2009

Cette année ceci s'est revérifié avec les arrondissements de Hinvi et d'Ahouannouzoun (chiffres ci-dessus). Notons finalement que certaines personnes dépistées diabétiques ont avoué connaître leur statut et être venu au dépistage à cet effet.

- La pauvreté et la malnutrition dans un milieu rural :

Il apparaît en effet que les milieux ruraux souffrent moins du diabète que les milieux plus citadins. Les travaux champêtre et, en contrepartie la sédentarité des milieux urbains, en expliquent certes une partie, mais la malnutrition et la pauvreté rurales en sont également des facteurs importants. D'ailleurs, ceci est particulièrement bien illustré par le nombre d'hypoglycémies que nous avons eu à Ayou et Agbanou, deux arrondissements ruraux. En effet, ils ont respectivement 305 et 210 hypoglycémies pour 563 au total, couvrant donc à eux deux 91,5% des hypoglycémies.

- Les interdits alimentaires, aussi bien d'ordre religieux que provenant de coutumes:

Les villages ruraux sont beaucoup plus attachés à la religion et aux coutumes, ainsi qu'à leurs interdits, que les villages plus urbains. Ainsi, il est plus fréquent de retrouver des cas d'interdiction alimentaire dans les villages retirés que dans ceux proches de la voie. Ceci va bien évidemment de paire avec un état de malnutrition dans ces premiers.

De ces différentes constatations, un problème peut être soulevé : la pertinence du projet et de sa continuité, notamment dans les arrondissements ruraux, est remise en cause. En effet, ces résultats suggèrent qu'il serait plus judicieux de poursuivre le dépistage uniquement dans les arrondissements proches de la voie et donc aux coutumes plus urbaines. Mais ceci poserait de graves problèmes politiques et éthiques. En effet, les populations des différents arrondissements attendent la venue du dépistage dans le leur ; ainsi, le fait de négliger certaines populations provoquerait des heurts entre les villages et les ethnies. D'autre part, ceci n'est pas envisageable, puisque l'objectif principal de ce projet est non seulement le dépistage, mais surtout la prévention de la maladie, qui ne concerne pas seulement le diabète, mais englobe aussi d'autres maladies, essentiellement cardiovasculaires.

## 8. Stages

En dehors de notre projet de dépistage du diabète, nous avons pu bénéficier de quelques jours dans deux institutions hospitalières : l'hôpital de zone d'Allada et le Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB). Ces petits stages avaient pour but de nous donner un aperçu de la médecine pratiquée en Afrique. Nous avons ainsi pu comparer les différentes méthodes et techniques utilisées par rapport à celles que l'on nous avait enseignées. Par ailleurs, notre participation active à de multiples gestes techniques nous a permis de considérablement renforcer notre expérience.



15 - Tableau d'affichage du prix des médicaments à l'entrée de l'Hôpital d'Allada

### Stage à l'hôpital d'Allada

L'hôpital d'Allada est sensé être un hôpital de zone, mais malheureusement ne possède pas le plateau technique nécessaire ; les petites chirurgies sont donc effectuées au Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB), et les cas plus graves sont directement référés à Cotonou, en attendant la construction d'un véritable hôpital de zone. Le personnel soignant se compose de 2 médecins, d'un dentiste, ainsi que de plusieurs infirmiers/ères et aides-soignants/es.

Cet hôpital est constitué de plusieurs bâtiments : le premier est formé du bureau du médecin-directeur, de la pharmacie et de quelques salles d'hospitalisation ; un autre est consacré aux patients tuberculeux ; un troisième abrite la maternité et la salle de vaccination et le dernier, le plus grand, regroupe les salles de consultations, de prélèvements et d'injections, le laboratoire d'analyse, le cabinet du dentiste et plusieurs salles d'hospitalisation.

Lors de ces journées de stage, nous avons pu assister à un accouchement, à des vaccinations et plusieurs consultations. Nous avons pu nous rendre compte du peu de moyens que possède les patients : la plupart, après avoir payé la consultation, n'ont plus assez d'argent pour acheter tous les médicaments prescrits et doivent se contenter d'une partie seulement du traitement. L'hôpital lui-même manque également de moyens ; le matériel est de ce fait très sommaire et vieux. Ainsi, la table d'accouchement est une plaque en béton recouverte d'un pagne, surmonté d'une barre de fer à laquelle s'agrippe la femme en travail ; une bassine est posée sous le bassin de la femme pour recueillir le liquide amniotique et le sang.

Le pagne et toute la lingerie pour le bébé et la future mère, ainsi que le désinfectant et les compresses sont amenées par la famille de cette dernière. Une heure après l'accouchement la mère rentre généralement chez elle ; elle reste rarement plus de 24 heures à la maternité faute de moyens, bien que les soignants tentent généralement de les convaincre d'y rester au moins 72 heures.



16 - Maternité de l'Hôpital de zone d'Allada

Notons encore qu'un test de dépistage gratuit du VIH est proposé à toutes les femmes en consultation prénatale, ainsi qu'à tous les enfants de femmes VIH positives 18 mois après la naissance, le traitement ne pouvant pas être administrée avant. En cas de test positif, la trithérapie est donnée gratuitement, mais cela ne se fait que dans quelques centres de santé au Bénin.

Plusieurs points nous ont marqués lors des consultations. Celles-ci sont généralement effectuées par un/une infirmier/-ère, faute de médecins en suffisance. Seuls les cas dépassant les compétences du soignant sont référés au médecin de l'hôpital. Notons toutefois que les infirmiers ne font pas de réels diagnostics et que les traitements donnés ne sont que symptomatiques. Durant les consultations, la télévision est allumée, la porte est entre-ouverte et les interruptions par un aide-soignant ou un téléphone sont très fréquentes. Il y a donc une quasi-absence d'intimité. Il arrive même que deux, voire trois, consultations se passent en même temps. Mais cela ne semblait pas déranger les patients, même lors de consultations à sujet difficile, comme le viol d'une petite fille de 5 ans, à laquelle nous avons assisté. Sans compter les interruptions, les entretiens durent rarement plus de 2-3 minutes. Tout est consigné dans un registre de soin, à la suite. L'hôpital ne rédige pas de dossier sur ses patients, mais ces derniers possèdent un carnet de soin que l'infirmier rempli à chaque consultation.

Le plan de vaccination de base est gratuit et comprend les vaccins contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite, l'hépatite B, *Hémophilus influenza* de type b, la varicelle, la fièvre jaune, la tuberculose et la rougeole. A sa naissance, un enfant reçoit une fiche jaune qui est complétée au fil des vaccinations et conservée par l'hôpital. Elles sont souvent consultées, et si un enfant ne s'est pas présenté, un infirmier se rend à son domicile pour effectuer ce qu'ils appellent une « vaccination active ».

## **Stage au Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli (CDTUB)**

Le CDTUB est une partie annexe de l'hôpital de zone d'Allada spécialisé dans le traitement de l'ulcère de Buruli, une maladie tropicale affectant la peau, et parfois l'os, due à *Mycobacterium ulcerans*. Le mode de transmission exact de la bactérie n'est pas connu, mais la prévalence de la maladie augmente grandement proche de nappes d'eau. La répartition de l'ulcère de Buruli est mondiale, touchant essentiellement l'Afrique équatoriale, l'Océanie et l'Indonésie, la Chine et le Japon, ainsi que l'Amérique centrale. La maladie se manifeste par différentes formes :

au début, on trouve généralement un nodule sous-cutané non douloureux d'environ 3 cm de diamètre ; parfois, la première lésion est ce que l'on nomme ici « plaque », soit un gonflement non douloureux étendu sur plus de 3 cm de diamètre, à bords clairement délimités. Une troisième forme est celle œdémateuse, se caractérisant par un gonflement étendu indolore touchant le plus souvent un membre entier. Par la suite, une ulcération se forme. Celle-ci n'est pas toujours douloureuse et présente des bords nécrotiques avec décollement du tissu sous-cutané, permettant le diagnostic différentiel avec les autres causes d'ulcérations. Si on laisse évoluer ces ulcérations, des déformations corporelles ainsi que des cancers peuvent apparaître. Le traitement de la maladie consiste essentiellement en de la chirurgie et des antibiotiques, laissant le plus souvent des cicatrices importantes et de graves séquelles.

Le centre comprend plusieurs parties : un bloc administratif, plusieurs chambres avec de nombreux lits, deux salles de pansements (une pour ceux dits « septiques », ayant le plus souvent des vers ou d'autres corps étrangers, et une pour les pansements plus habituels), un bloc opératoire, une salle de radiographie et une salle de physiothérapie pour la réhabilitation.



17 - CDTUB, Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli

## Passage au bloc opératoire

Le bloc opératoire du CDTUB fut le premier secteur à nous accueillir. Celui-ci se constituait de deux salles d'opération, une salle de stérilisation et une salle de réveil. Il n'y a pratiquement aucune différence sur l'aspect vestimentaire rencontré en chirurgie chez nous : chacun portait une casaque, un pantalon, un callot, un masque ainsi que des sur-bottes. Les opérations portent principalement sur le traitement de l'ulcère de Buruli, à savoir excisions des ulcères, greffes de peau et réfections de pansements sous anesthésie générale. Mais notons tout de même que le centre prend également en charge d'autres types d'ulcérasions, notamment de cause diabétique.



18 - Bloc opératoire du CDTUB

A notre étonnement, la grande majorité des gestes sont effectués par des infirmiers spécialisés. Un médecin intervient seulement si l'acte dépasse leurs compétences. L'équipe se passe d'instrumentiste laissant le chirurgien se servir lui-même. A noter néanmoins la présence d'un « infirmier instrumentiste » assurant la fonction d'infirmier de bloc. Le matériel utilisé est assez vieux et vétuste, mais fonctionnel.

Les mesures d'asepsie sont plus ou moins respectées : le matériel stérile n'est notamment pas toujours manipulé de manière correcte. Ceci se voit par exemple dans la manière de mettre les gants stériles : après s'être lavé les mains, l'infirmier-chirurgien prend les gants sans respecter la stérilité de leur partie externe. Nous avons également remarqué que de nombreux patients ont les pieds souillés de terre à leur arrivée sur la table d'opération et qu'ils sont par la suite « désinfectés » avec de la Bétadine sans être préalablement nettoyés. Nous n'avons pas vu de surinfections post-opératoires, mais nous en soupçonnons pourtant le risque élevé. La salle de stérilisation se trouve entre les deux blocs opératoires et un infirmier se chargeait de fournir le matériel nécessaire au fur et à mesure des demandes.

L'aspect anesthésiologique des opérations fut le plus marquant. Premièrement, le patient arrive généralement tout seul dans la salle d'opération, le plus souvent en marchant ou en chaise roulante, selon ses capacités de déplacements. Aucune préparation n'est réalisée : il s'allonge par lui même directement sur la table opératoire, sans que les soignants ne lui prêtent attention. Dans de nombreux cas, la dose d'hypnotique est insuffisante, et cela se manifeste par des gestes de défense du patient pendant l'opération, voire parfois son réveil prématuré. Le personnel soignant ajoute alors tranquillement une petite dose de fentanyl avant de poursuivre l'opération, ceci se répétant plusieurs fois de suite. Notons encore que les masques sont peu étanches, si bien qu'un maintien manuel s'avérait parfois obligatoire durant toute l'opération, les intubations n'étant exécutées qu'en cas d'urgence.

Beaucoup de gestes sont très approximatifs, comme par exemple, les incisions, effectuées de manière grossière, sur un marquage fait préalablement avec le dos d'une lame de bistouri. Les garrots se font à l'aide de gants stériles, et les sutures réalisées sont peu esthétiques et présentent très souvent des replis de la peau. Malgré tout, ces stages au bloc opératoire ont été très enrichissants, et nous ont permis d'une part de pratiquer certains gestes, comme des greffes de peau ou des réfections de pansements sous anesthésies générale, mais aussi de nous rendre compte de la difficulté des conditions opératoires. Nous avons surtout été marqués par la grande différence de gestion de la douleur en comparaison de chez nous : ici, il semble normal que le patient souffre, aussi bien lors des opérations que des autres traitements, et ce dernier ne doit donc pas se plaindre. De fait, si ce dernier montre tout signe de douleur, tels que des gémissements ou un retrait du membre lésé, il se fait réprimander par les soignants, voire même frapper pour les enfants.

Notons finalement que ce dernier aspect est également présent lors de la réfection des pansements, avec une soumission au corps médical.

## Journée de sensibilisation de l'ulcère de Buruli

Le Dr DOSSOU nous a proposé d'accompagner deux des infirmiers lors d'une de leur journée de sensibilisation de la population sur l'ulcère de Buruli. Ce jour-là, le public concerné était une école et un petit village. La sensibilisation se fait à l'aide de petits panneaux imagés et sous forme de questions-réponses. Le but est surtout de prévenir l'apparition de l'ulcère en parlant des facteurs de risque (eau stagnante, ...), mais aussi de permettre sa détection en expliquant les signes et symptômes. Le Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli a aussi mis en place un système de relais qui se déplacent de maison en maison, dans les villages touchés, afin d'examiner les gens. En cas de lésion suspecte, ils les envoient à l'infirmière de l'arrondissement qui va vérifier la plaie. Si l'ulcère de Buruli est confirmé, un transport au CDTUB est organisé pour le traitement.



19 - Sensibilisation du CDTUB dans une école

## Visite d'un guérisseur traditionnel

Lors de la deuxième journée de dépistage à Ayou, nous nous sommes rendus avec les médecins chez un guérisseur traditionnel spécialisé dans les soins de fractures, afin de dépister ses patients incapables de se déplacer sur la place d'arrondissement.

L'un des relais nous avait fait cette demande lors de la sensibilisation, étant lui-même le fils dudit guérisseur. Le Dr. AMEDOME nous a expliqué, avec persuasion, que « le vieux », comme ils l'appellent (de manière respectueuse et non péjorative), est très expérimenté et compétent. Il lui a donc même trouvé les fonds nécessaires à la construction d'un nouveau bâtiment pour hospitaliser ses patients dans de meilleures conditions. A l'heure actuelle les personnes hospitalisées dorment encore sur des nattes à même le sol dans de petites maisons en terre battue, sans porte et avec des fenêtres minuscules. Comme partout ailleurs à Ayou, il n'y a pas d'électricité.



20 - Dépistage des patients du guérisseur traditionnel

Pendant que les infirmiers prenaient les glycémies des patients (et par la même occasion des « soignants » présents), nous avons rapidement visité le « centre » avec les docteurs AMEDOME et TOHOUNGBA. Puis, ces derniers jouant les interprètes, nous avons pu discuter avec le tradipraticien. Celui-ci et sa fille nous ont expliqués la manière dont ils prenaient en charge leurs patients. Nous nous sommes ensuite entretenus avec deux d'entre eux qui parlaient bien le français.

Ainsi, il semble que la plupart des patients arrivent chez le guérisseur directement depuis l'hôpital. En effet, le guérisseur traitant exclusivement les fractures osseuses, la plupart de ses patients sont des accidentés de la route et sont donc souvent en premier lieu transportés vers les hôpitaux par les sapeurs-pompiers.

La première chose que fait le guérisseur est de leur ôter le plâtre posé à l'hôpital. Puis il replace éventuellement les os déplacés à l'aide d'une spatule en bois et d'incantations, notamment « en appelant à l'aide les esprits des ancêtres ». (Les explications étaient peu claires, les Dr AMEDOME et TOHOUNGBA semblaient perplexes et avaient de la peine à traduire.) La suite du traitement est simple et nous semble plus rationnelle, à nous, Européens : immobilisation du membre fracturé à l'aide de planchettes en bois entourées de bandes ; soins des plaies par des compresses imbibées de tisanes préparées avec des plantes « de la brousse », et dont seul « le vieux » connaît la composition ; et massages avec des huiles fabriquées également par le praticien. Il est très intéressant de noter que le tradipraticien demande à ses patients de venir avec les radiographies faites à l'hôpital, afin de pouvoir déterminer où se trouve la fracture. Il leur demande même de retourner faire une radiographie de contrôle, lorsqu'il juge la fracture guérie.

L'utilisation simultanée de moyens modernes et de pratiques « mystiques » nous a semblé quelque peu surprenante. Par ailleurs, il est intéressant de noter que les techniques de guérison du « vieux » sont considérées comme un don et sont transmises de génération en génération. Elles restent donc au sein de la même famille et ne peuvent être maîtrisées par quelqu'un de l'extérieur. Cependant, de manière plutôt contradictoire, le guérisseur a également insisté sur le fait que ses pratiques étaient « concrètes » : qu'il les avait apprises de son père et de son grand père qui eux-mêmes avaient maintes fois éprouvé leur efficacité.

En conclusion, il a été particulièrement intéressant d'observer, lors de cette visite, les rapports entre médecine traditionnelle et médecine « moderne ». On pourrait presque dire qu'on a là un exemple de bonne cohabitation voire même de complémentarité entre les deux, étant donné que le Dr AMEDOME n'hésite pas à envoyer des patients chez le « vieux ». (Il faudrait cependant idéalement une étude prouvant que ceux-ci guérissent plus vite et avec moins de complications chez ce dernier).

## 9. Conclusion

Le dépistage a été une grande réussite, la population s'étant déplacée en masse et ayant présenté un grand intérêt pour le diabète et sa prévention. Nous en sommes satisfaits, toutefois, nous avons été surpris par le faible taux de diabétiques et le haut taux d'hypoglycémies. Comme déjà mentionné précédemment, la pertinence du projet a été remise en cause par ces résultats. Au vu de la très faible prévalence de diabétiques, nous nous sommes demandés s'il était vraiment utiles de consacrer autant de moyens pour un problème qui ne semble pas prioritaire. En effet, au cours de nos stages, nous nous sommes rendus compte qu'il y avait des besoins plus urgents, tels que le manque de matériel et de personnes qualifiées dans les centres de santé.

Néanmoins, il ne fait aucun doute qu'il faut continuer le projet dans les arrondissements restants de la commune d'Allada, afin d'éviter tout problème politique et éthique. Par la suite, il faudrait peut-être cibler uniquement des régions plutôt urbaines, où, d'après nos résultats, la prévalence du diabète devrait être plus élevée et, où un tel projet serait donc plus justifié. En outre, au travers du dépistage, la population a tout de même bénéficié de messages de prévention qui concernent non seulement le diabète, mais aussi d'autres maladies, ce qui était un des objectifs essentiels du projet.

Grâce à l'ASVB et à ses membres, le projet s'est très bien déroulé. Malheureusement nous n'avons pas pu rencontrer les diabétiques dépistés l'année précédente, comme nous le souhaitions, ni l'ASVB, ni l'hôpital d'Allada n'ayant conservés leurs coordonnées. Pour éviter que cela ne se reproduise, nous avons conservé les noms des diabétiques de cette année, afin de les transmettre à un éventuel groupe qui reprendrait ce projet.

Les relais communautaires nous ont été d'une grande aide pour la phase de dépistage : ce sont eux qui ont motivés la population à se déplacer. Certains se sont montrés enthousiastes à l'idée de poursuivre la prévention après notre départ et de servir de référence concernant le diabète, dans leur village ; ils affichaient d'ailleurs avec fierté leur badge de relais.

D'un point de vu personnel, nous avons grandement apprécié ce séjour. Ce voyage a été une expérience unique et très enrichissante, notamment au travers des contacts que nous avons pu avoir avec les membres de l'ASVB, le personnel soignant, les patients et la population locale. Nos conditions de vie sur place étaient inférieures aux standards européens, bien que supérieures à celles de la plupart des Béninois.

Ceci nous a permis de prendre conscience de la chance que nous avons de vivre en Suisse.

A Allada, nous avons rencontré trois infirmières en formation de l'HEDS de Genève également en stage dans la région ; nous avons ainsi pu échanger nos expériences respectives. Le côté plus pratique de leur stage nous a séduit et nous a donné envie d'éventuellement retourner en Afrique pour apporter une aide plus concrète, comme travailler dans un dispensaire.

## 10. Remerciement

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leur contribution au bon déroulement du projet :

- Tout d'abord Vincent ZODOGOME, sans qui rien n'aurait été possible; il nous a accepté dans le projet et a organisé son bon déroulement en Suisse et sur place ;
- Magloire KOKO, représentant de l'ASVB au Bénin, qui s'est occupé de notre bien-être sur place et qui s'est assuré de la collaboration de tous les participants ;
- Modeste LOKO, notre chauffeur et ami, qui nous a fait découvrir la musique et la nourriture béninoise ;
- Matthias KPOSSOUHON, chargé de s'assurer de l'avancement correct des différentes phases du projet, ainsi que de son bon fonctionnement après notre départ ;
- Dr. Hyacinthe AMEDOME et Dr. Didier TOHOUNGBA, initiateurs et responsables du projet, qui se sont occupés des différents aspects administratifs de ce dernier, ont participé à la formation des relais communautaires et veillent à son maintien sur le long terme ;
- Dr. Didier AGBOZOGNIGBE, médecin directeur de l'hôpital d'Allada et coordinateur de notre projet, qui a pris en charge les personnes dépistées diabétiques, et qui nous a accueillis en stage dans son hôpital ;
- Dr. Ange DOSSOU, directeur du Centre de Traitement et de Dépistage de l'Ulcère de Buruli, qui nous a permis de faire un stage dans son établissement ;
- Tous les relais communautaires, qui ont consacré une partie de leur temps pour suivre les trois jours de formation et sensibilisé les habitants de leur village, qui nous ont aidé à gérer la foule et à traduire les résultats lors des séances de dépistages ;
- Le personnel soignant de l'hôpital d'Allada et du Centre de Dépistage et de Traitement de l'Ulcère de Buruli, qui nous ont aidés lors des séances de dépistages et qui nous ont acceptés lors de nos différents stages ;
- Waliou OSSE, trésorier de l'ASVB, qui nous a hébergés lors de notre visite à Cotonou ;
- Pr. Alain GOLAY, chef du service de diabétologie des HUG, qui nous a donné la possibilité de suivre une semaine d'éducation des patients diabétiques au sein de son unité et qui nous a fourni les différents contacts des représentants des firmes fabricantes de matériel de dépistage, ainsi que Nathalie FRAILE, infirmier responsable de ce même service, qui l'a assisté dans ces différentes

tâches. Nous remercions par la même occasion l'équipe du service de diabétologie pour son accueil et ses conseils précieux.

- Les firmes Bayer, Roche et Lifescan, qui nous ont apporté l'ensemble du matériel de dépistage dont nous avions besoin ;
- Le Magasin des HUG, qui nous a fourni du désinfectant pour les mains, ainsi que des gants et des compresses ;
- Les communes de La Neuville, de Grand-Saconnex, de Bernex, de Satigny et de Choulex pour leur soutien financier ;
- Nos familles, pour leur soutien ;
- Ainsi que toutes les personnes qui nous ont soutenues au cours de cette Immersion en Communauté et que nous avons oublié de citer.