



**HAL**  
open science

## Besoins et pratiques de soins: mesure de “ l’iceberg ” à Cotonou

Jean-Yves Le Hesran, Ines Boko, Laurent Brutus

► **To cite this version:**

Jean-Yves Le Hesran, Ines Boko, Laurent Brutus. Besoins et pratiques de soins: mesure de “ l’iceberg ” à Cotonou. Rencontres Nord/Sud de l’automédication et de ses déterminants, MERIT UMR216 - IRD; CENS Centre nantais de sociologie - Université de Nantes; DSA Département de socio-anthropologie - Université Abomey-Calavi, Mar 2015, Cotonou (Bénin), Bénin. hal-04649619

**HAL Id: hal-04649619**

**<https://hal.science/hal-04649619>**

Submitted on 16 Jul 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Public Domain

## Besoins et pratiques de soins: mesure de « l'iceberg » à Cotonou

Jean-Yves Le Hesran<sup>1</sup>, Inès Boko<sup>2</sup>, Laurent Brutus<sup>3</sup>.

1. Directeur de Recherche, IRD - Institut de Recherche pour le Développement.

2. Master en sociologie, Université Abomey Calavy.

3. Chercheur, IRD - Institut de Recherche pour le .

Au moment de la mise en place de la couverture médicale universelle (CMU) dans certains pays du Sud, nous n'avons pas une réelle connaissance des besoins de santé de la population. Tous les événements de santé survenant chez un individu n'impliquent pas une consultation auprès d'un professionnel de santé. Beaucoup sont pris en charge à domicile. Beaucoup de facteurs peuvent entrer dans la prise de décision d'aller ou non consulter, tels que la distance au dispensaire, le coût d'une consultation ou le type de symptôme présenté. De fait, de nombreuses études ont mis en évidence un fort recours à l'automédication (Houéto *et al.*, 2007 ; Houéto *et al.*, 2008). Devant les symptômes les plus courants tels que la fièvre, les céphalées, la fatigue, "les maux du quotidien", les populations ont acquis une connaissance, soit traditionnelle souvent familiale, soit moderne apprise lors des consultations, et ils mettent à profit ces connaissances pour faire un auto-diagnostic et se traiter eux-mêmes, cette automédication étant facilitée par un accès facile, sans ordonnance, aux médicaments sur le marché public, privé ou informel.

Il existe donc tout un pan de la santé des populations qui échappe aux statistiques officielles, ce que l'on appelle la partie cachée de « l'iceberg de la morbidité » (White, 1997). Il s'agit d'une métaphore sur notre connaissance de la santé de la population : l'ensemble des besoins de santé serait représenté par un iceberg dont les soignants ne verraient que la partie émergée (Verbrugge & Ascione, 1987). Cela exclut la majorité des symptômes traités en automédication avec des médicaments ou d'autres remèdes maison, ceux qui ne perturbent pas les activités habituelles ou ceux pour lesquels aucun soin n'est donné.

Cette connaissance très partielle de la santé des populations ne permet pas de répondre correctement aux besoins des populations, tant d'un point de vue curatif que d'un point de vue préventif.

Quels sont les problèmes que rencontrent les individus dans leur vie quotidienne? À quoi ont-ils recours pour soulager leurs problèmes de santé? Quel itinéraire thérapeutique est choisi quand le problème perdure ? Nous avons mené à Cotonou, Bénin, une enquête qui avait pour but de décrire les besoins de soins dans les foyers et l'utilisation des services de soins en utilisant une approche socio-épidémiologique par questionnaire. Nous avons interrogé des foyers sur les événements de santé survenus dans la semaine précédant la visite de l'enquêteur. Un événement de santé a été défini comme la survenue d'un signe, d'un symptôme qui a nécessité une action, quelle que soit cette action, d'un simple traitement (un comprimé, une tisane, un massage....) à une consultation, voire une hospitalisation.

## **1. Méthodologie**

### ***1.1 Zone d'étude***

L'étude s'est déroulée à Cotonou, capitale économique du Bénin. Cotonou avait en 2013 une population estimée à plus d'un million d'habitants, soit 10% de la population totale du pays. C'est une ville située sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'Océan atlantique. Elle couvre une superficie de 79 km<sup>2</sup> et est subdivisée en 13 arrondissements (*voir Figure 1*).

Figure 1 : de gauche à droite le Bénin en Afrique de l'Ouest et Cotonou, avec ses 13 arrondissements et les quartiers qui les constituent.



Nous avons choisi de travailler en milieu urbain où le problème de la distance géographique aux soins ne se pose pas ou peu en raison d'une offre de santé très présente mais également très hétérogène (public, privé, informel). En effet, la distance aux centres de santé est souvent avancée pour expliquer un recours important à l'automédication. Toutefois, une étude similaire en milieu rural sera nécessaire pour vérifier cette hypothèse.

## 1.2 Collecte des données

Il n'existe pas au Bénin de liste de recensement de la population avec leur adresse. Notre échantillonnage a donc été réalisé avec la technique de sondage en grappe type OMS, souvent utilisée pour évaluer la couverture vaccinale dans les pays en développement. Il s'agit de tirer au sort non pas directement un individu (*sampled individuals*), mais des unités primaires (UP), dans lesquelles seront tirés au sort un certain nombre de sujets qui constitueront la grappe.

Nous avons adopté la même méthodologie que l'OMS, en sélectionnant 30 grappes de 15 foyers. Nous nous sommes procuré un plan de la ville (carte IGN) divisée en 139 quartiers (division administrative) et le nombre de foyers estimés par quartier.

Nous avons calculé un pas de sondage en faisant le rapport entre le nombre total de foyers dans la zone d'étude et le nombre de grappes fixé (30 grappes). Un tirage au sort a été réalisé dans le premier pas de sondage pour définir le foyer initial à partir duquel le pas serait reporté. À chaque pas, le foyer désigné nous a permis d'identi-

fier l'UP (quartier) dans lequel la grappe serait constituée. Cette opération a été réalisée 30 fois (technique du pas cumulatif).

Dans un troisième temps, dans les quartiers sélectionnés, nous avons identifié sur la carte l'ensemble des croisements de rues et tiré au sort l'un d'entre eux, puis nous avons tiré au sort l'une des directions possibles et enfin le côté de la rue. À partir de ce point, les enquêteurs ont visité les foyers de proche en proche jusqu'à identifier 15 adultes éligibles. Si dans un foyer il y avait plusieurs adultes présents, un adulte a été tiré au sort. Après l'avoir informé du but de notre travail, nous avons recueilli son consentement écrit. Un questionnaire a été rempli explorant les caractéristiques socio-démographiques du foyer et de l'individu et tous les événements de santé le concernant survenus lors des 7 derniers jours. Les troubles de santé ont été codés selon la classification internationale des soins primaires (CISP-2).

Ce travail a reçu l'aval du comité d'éthique de la recherche CER-ISBA (N°28 du 19/11/2013).

### **1.3 Analyses statistiques**

La prise en compte du plan de sondage passe par le calcul de l'effet de sondage (design effect) et de l'effet grappe (cluster effect). Cet effet est dû à l'existence d'une similarité entre les individus d'une même unité primaire (corrélation intra-grappe). Dans le cas d'un plan, non stratifié, à deux degrés avec un sondage aléatoire simple (SAS) à chaque degré, il est calculé par la formule suivante :

$$\rho = D_{eff} - \frac{1}{n-1}$$

Où  $D_{eff}$  désigne le « design effect » et  $n$  est le nombre d'unités primaires statistiques tirées dans chaque unité primaire.

L'effet du plan de sondage mesure l'erreur faite quand on estime la variance d'une statistique en ignorant le plan de sondage, c'est-à-dire en supposant à tort qu'il s'agit d'un SAS. Il se définit comme le rapport de la variance du paramètre estimé en prenant en compte le plan de sondage et celle estimée sans le prendre en compte. Pour un paramètre  $\theta$  et le plan de sondage complexe P, il est défini par :

$$D_{eff} = \frac{V_p(\theta)}{V_{SAS}(\theta)}$$

## 2. Résultats

### 2.1 Caractéristiques des enquêtés

Nous avons visité 450 foyers. Les foyers comprenaient en moyenne 5 personnes dont 3 enfants. 78 % des familles habitaient dans des logements de 1 ou 2 pièces.

L'âge moyen était de 42,5 +/- 16 ans pour les hommes et 33,6 +/- 8,8 ans pour les femmes.

9,3% des hommes n'avaient pas fréquenté l'école et 36,1 % avaient suivi un cycle primaire. Pour les femmes, 28,4 % n'avaient pas été à l'école et 41,8 % n'avaient suivi que le cycle primaire.

En très grande majorité les hommes étaient soit des petits artisans, soit des ouvriers faisant des petits boulots, travaillant pour la plupart dans l'informel. Les femmes se sont déclarées pour 55 % vendeuses ou revendeuses et pour 19 % ménagères.

Nous avons interrogé 354 femmes et 96 hommes. Le plus souvent, les hommes travaillent à l'extérieur alors que les femmes restent à domicile pour s'occuper des enfants et exercent une activité professionnelle à domicile (vendeuse ou revendeuse ou petit artisanat (coiffeuse, tailleur...)).

### 2.2 Besoins de soins

42 % (188/450) des adultes ont déclaré avoir présenté un problème de santé durant la semaine écoulée, 50 % chez les hommes et 39,5 % chez les femmes.

Suivant la classification CISP, 18 % des personnes ont présenté des symptômes généraux - principalement une fièvre (16 %), 21 % étaient d'origine neurologique (céphalées), 17 % étaient d'origine psychologique (fatigue), 16 % d'origine ostéo-articulaire (courbature), 11 % d'origine respiratoire (toux, 8 %) et 9 % d'origine digestive (maux de ventre, 5 %) (*tableau 1*).

Tableau 1 : Principales symptomatologies déclarées par la population à Cotonou.

Top 8	(%)
Céphalée	21 %
Fatigue	17 %
Fièvre	16 %
Courbature	16 %
Toux/rhume	8 %
Mal de ventre	5 %
Paludisme	3 %
Mal de dents	2 %

### **2.3 Pratiques de soins**

Dans 92 % des cas, ils ont pratiqué une automédication, 65 % avec des médicaments et 27 % avec des tisanes. Dans 2 % des cas, ils ont pris conseil auprès de la famille ou d'amis. Dans 6 % des cas, ils ont été consulter un professionnel de la santé dans un centre de santé public ou privé.

Les tisanes ont été les traitements les plus utilisés en première intention (27 %). S'agissant des molécules, le paracétamol a été la plus utilisée (24 %) suivie par l'ibuprofène (10 %). Des antibiotiques ont été peu utilisés en première intention (3 %), de même que des antipaludiques (maloxine®, quinine, 4 %). Nous n'avons pas enregistré d'utilisation de CTA (Combinaison à base d'artémisinine), association pourtant recommandée en première intention contre le paludisme. Dans 5 % des cas, les personnes ont utilisé le mixagrip® qui est une combinaison de plusieurs molécules (Chlorphéniramine maléate, Paracétamol, Phénylpropanolamine), essentiellement en cas de symptôme respiratoire.

Tableau 2 : Part des principaux médicaments consommés en automédication à Cotonou.

Top 10	%
Tisane	2 %
Paracétamol	22 %
Ibuprofène	10 %
Mixagrip®	5 %
Quinine	3 %
Efferalgan® (paracétamol)	2 %
Amoxicilline	2 %
Injections	2 %
Flagyl®	1 %
Maloxine®	1 %

Tableau 3 : Traitement pris en automédication en fonction du symptôme présenté.

	App neurologique	Signes généraux	App respiratoire	App digestif	App ostéo-articulaire	Parasitologie	Psychologie
Principal symptôme	Céphalée	Fièvre	Toux	Mal au ventre	Courbature	"palu"	Fatigue
Antalgique	29 (74%)	6	3	0	4	2	3
Anti-inflammatoire	0	0	0	0	22 (69%)	0	4
Antibiotique	1	1	5 (45%)	2	0	0	1
Antiprotozoaire	1	11	0	0	0	3	3
Produits naturels	8	15 (45%)	3	8 (80%)	6	0	14 (56%)
Total	39	33	11	10	32	5	25

Le tableau 3 qui présente le traitement pris en fonction d'un symptôme (cas où un seul traitement a été utilisé) montre qu'il existe une certaine maîtrise dans l'utilisation des médicaments qui sont le plus souvent adaptés aux symptômes présentés. Ainsi, en cas de douleurs osteoarticulaires, les anti inflammatoires sont largement privilégiés de même que les antalgiques en cas de céphalées ou les antibiotiques en cas de problème respiratoire. Le recours aux tisanes est fréquent, notamment en cas de problème digestif ou de fatigue.

## 2.4 Évolution de la maladie

Dans 95% des cas, la personne a été satisfaite de l'évolution des signes, 4 % n'ont ressenti aucune amélioration et dans 2 cas (1%) l'état de santé du patient s'est



aggravé. Pour autant, dans ces 2 cas, le traitement entrepris par la suite a été à base de plante.

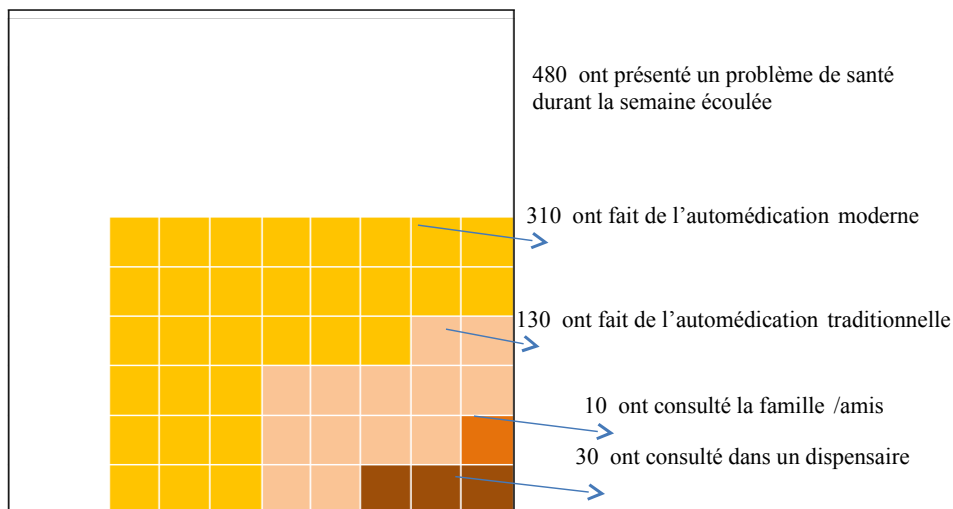
10% des personnes ont déclaré bénéficier d'une assurance santé prenant en charge les soins médicaux. Pourtant, nous avons constaté dans ce groupe le même taux de recours à l'automédication que chez les personnes ne disposant pas d'assurance santé.

### **3.5 L'iceberg à Cotonou**

Afin d'uniformiser l'information et la rendre comparable à celle produite dans les autres études utilisant le modèle de l'iceberg, nous avons extrapolé nos résultats collectés auprès de 450 personnes à 1000 personnes exposées. Le graphe permet de visualiser la proportion de personnes ayant des problèmes de santé, la part des différentes prises en charge et notamment la proportion de personnes ayant consulté.

Sur 1000 personnes exposées, 480 ont présenté un problème de santé au cours de la semaine précédente. L'automédication prédomine largement puisqu'elle représente plus de 90 % des prises en charge. Plus des 2/3 des sujets ont eu recours à des médicaments modernes, les autres ayant recours à des tisanes. Moins de 10% des personnes ont consulté, principalement dans un dispensaire (*figure 1*).

Figure 1 : représentation du schéma de l'iceberg à Cotonou



## Discussion

Cette enquête avait pour principal objectif d'estimer le niveau de besoin de soins en population générale à Cotonou et d'identifier les différents modes de prise en charge. Nous avons choisi de recueillir tous les événements de santé survenus dans la semaine précédant le passage de l'enquêteur. Ce délai est relativement court au regard de ce qui s'est fait dans d'autres études. Ainsi, Roncoletta à Rio de Janeiro (Roncoletta *et al.*, 2012) et Leung à Hong Kong (Leung *et al.*, 2005) ont recueilli l'information sur le mois écoulé. L'équipe AUTOMED, dans la région de Nantes, a choisi d'estimer ces événements sur les six derniers mois. Ces différences tiennent essentiellement aux objectifs spécifiques de chaque étude et aux méthodologies utilisées. Pour notre part, nos objectifs étaient de mesurer les besoins de soins mais également d'étudier de façon précise les pratiques de soins mises en œuvre à domicile. Nous avons donc choisi de minimiser le biais de mémorisation en remontant seulement à une semaine avant la visite des enquêteurs. Cette enquête relativement lourde d'un point de vue logistique ne nous a permis d'interroger que 450 personnes contre plus de 1000 dans les enquêtes citées plus haut. De même, le mode d'interrogatoire a une grande importance. Roncoletta a fait des interviews par téléphone, AUTOMED a adopté la technique de l'auto-questionnaire en salle d'attente. Cette diversité d'approche rend difficile une comparaison stricte de l'importance des besoins de soins entre les différents sites. Aiaich (1986) note la variabilité des données de morbidité récoltées selon les protocoles d'enquête. Ainsi, le

nombre de symptômes est multiplié par deux ou trois si, pour une même période de temps, il est demandé au sujet de tenir un journal d'observation quotidien sur les troubles et symptômes, ce à quoi s'apparente notre interrogatoire jour par jour, comparé au questionnaire global sur le mois écoulé. De même, interroger les sujets sur une liste de symptômes ne donne pas les mêmes résultats que demander aux sujets de se remémorer les symptômes ressentis.

Il reste à comparer les résultats de ces différentes études en tenant compte du mieux possible de tous ces facteurs. Si le nombre absolu de problèmes de santé rencontrés par les populations est difficilement comparable d'une étude à l'autre, la représentation de l'iceberg permet néanmoins de comparer les modes de prises de charge d'une zone à l'autre, ainsi que leur ampleur.

À Cotonou, les données montrent que, dans la semaine écoulée, près de la moitié des sujets ont eu à prendre en charge un problème de santé. Contrairement à l'idée souvent avancée qui voudrait que les populations aient très souvent recours aux médecines traditionnelles, les médicaments pharmaceutiques ont été très largement utilisés en premier recours, devant le recours à la médecine traditionnelle. Même si plusieurs dizaines de spécialités pharmaceutiques ont été citées, seulement quelques molécules constituent l'essentiel des traitements utilisés. Paracétamol, ibuprofène, amoxicilline, mixagrip® et quinine représentent plus de la moitié des traitements cités. Ils ont été pris pour répondre le plus souvent à des maux de tête, une fièvre, une fatigue, des courbatures. Une faible proportion de diagnostics a été portée. Quelques personnes ont évoqué un 'palu' qui est une entité nosologique populaire pour désigner un ensemble de symptômes regroupant une fièvre, des courbatures, des maux de tête, des vomissements, et qui serait dû au parasite du paludisme. Les patients ont eu recours soit à des traitements spécifiques (quinine, maloxine), soit au paracétamol qui, du fait de son effet antipyrétique, est réputé soigner également le paludisme.

Ces données montrent que, dans un premier temps, les populations ont largement recours à l'automédication. La comparaison des « iceberg » montre la particularité de Cotonou. Reflets des systèmes de protection sociale en place dans ces pays, les « icebergs » de Hong Kong ou de Rio de Janeiro montrent que le recours aux systèmes de soins est prédominant (consultations dans plus de 60% des cas). À Cotonou où la couverture assurance santé est faible, environ 20% (Ministère de santé Bénin 2010), plus de 90% des habitants ont eu recours à l'automédication. Ils utilisent un nombre limité de molécules dont ils semblent maîtriser les indications

et qui sont disponibles facilement, sans ordonnance et à relativement bas prix dans les pharmacies publiques, privées ou sur le marché informel. Cette pratique de l'automédication est confortée par le fait que dans près de 95 % des cas, les patients ont été satisfaits de l'évolution de la maladie, ce qui renforce la confiance des personnes dans leur capacité à maîtriser à moindre coût leurs problèmes de santé. Toutefois, nos données ne fournissent pas d'information sur l'évolution à moyen terme de la santé de la personne (rechutes, complications) et leur attitude en cas de rechute.

Ces résultats qui pourraient paraître rassurants en terme de maîtrise de l'automédication sont toutefois à relativiser. Il faudra analyser l'ensemble des symptomatologies rapportées et essayer d'estimer le nombre de cas qui aurait dû bénéficier d'une consultation en centre de santé. C'est cette part de « non-recours adapté » qui va déterminer le niveau d'accès aux soins des populations et le réel besoin de soins, besoins qui devraient être pris en charge par la future couverture universelle.

Et même dans ce domaine, il existe encore bien des inconnues. Malgré le développement des mutuelles d'assurances privées, et le début de la mise en place d'une CMU, peu de familles sont assurées (10% dans notre étude). Les familles qui n'ont pas de revenus fixes hésitent à s'engager dans un système de cotisations régulières. De plus, la notion de franchise les décourage à adhérer. Leur maîtrise de l'automédication et l'accès facile aux médicaments leur donnent l'impression d'un accès facile et peu cher aux soins, souvent moins cher que le coup de la franchise (20 à 30 % des prix de la consultation, examens complémentaires, médicaments - à quoi il faut ajouter le coût du transport et le temps dédié) qu'ils auraient à payer dans un centre de référence hospitalier. Notre analyse montre qu'il n'y avait pas de différence de pratique en terme d'automédication entre foyers assurés et foyers sans assurance. Enfin, une grande part des foyers (40 %) a constitué une "tontine" (épargne collective) qui peut servir pour couvrir un problème de santé grave.

Il est donc important, en plus des informations apportées par la représentation de l'iceberg, de prendre en compte l'ensemble du contexte social et sanitaire qui conditionne la prise en charge des soins par les individus.

## **Conclusion**

Notre étude a permis de préciser l'importance du besoin de soins, sa nature, et les modes de prise en charge à Cotonou. Elle met l'accent sur la très forte automédica-

tion et la très forte autonomie des individus en matière de prise en charge des soins. Ces résultats sont à mettre en parallèle avec les données collectées dans le cadre d'AUTOMED et doivent permettre, grâce à l'analyse des symptomatologies présentées et de la pratique de l'automédication dans deux zones très différentes, Nantes et Cotonou, de mieux comprendre les mécanismes d'installation et de maîtrise de l'automédication par les populations.

## Références

- Aiach, P. (1986). Approche sociologique des données de morbidité. *Sciences sociales et santé*. 4(1). pp. 75-95.
- Houeto, D, d'Hoore, W. Ouendo, EM, Deccache, A. (2008). Fever and malaria in children under 5 years of age in Benin: do we have accurate statistics ?. *Santé*. 18(1). pp.55-60.
- Houéto, D. d'Hoore, W. Ouendo, E-M. Hounsa, A. Deccache, A. (2007). Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Santé publique*. 19(5). pp.363-372
- Leung, GM. Wong, IO. Chan, WS. Choi, S. Lo, SV. Health Care Financing Study Group. (2005). The ecology of health care in Hong Kong. *Sociale Science & Medicine*. 61(3). pp.577-90.
- Roncoletta, A. Gusso, GD. Bensenor, IM. Lotufo, PA. (2012). A reappraisal in São Paulo, Brazil (2008) of "The Ecology of Medical Care" : The "One Per Thousand's Rule". *Family Medicine*. 44(4). pp.247-51.
- Verbrugge, LM. Ascione, FJ. (1987). Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them. *Medical Care*. 25(6). pp.539-69.
- White, KL. (1997). The ecology of medical care: origins and implications for population-based health care research. *HSR Health Services Research* 32. pp.11-21.