
Médicalisation des zones rurales au Nord Bénin : une stratégie de renforcement de la pyramide sanitaire face à la transition épidémiologique.

Julien Didier Adedemy*^{†1,2}

¹Département Mère Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin. – Département Mère Enfant Faculté de Médecine Université de Parakou, BP 123 Parakou, Bénin

²Département Mère Enfant Faculté de Médecine Université de Parakou BP 123 Parakou – Département Mère Enfant Faculté de Médecine Université de Parakou BP 123 Parakou, Bénin

Résumé

Adedemy Julien Didier, Desplats Dominique, Yacoubou Ismaïlou, Caplain Roland, Farnarier Guy, Houkpatin Spéro, Tognon T. Francis

Introduction : Le Bénin est caractérisé sur le plan sanitaire par une inégale répartition territoriale du personnel médical et paramédical. Le ratio personnel médical et population est encore de 1 pour 21553 à 38773 habitants versus 1 pour 8411 habitants pour le niveau national. Le contexte a été favorisé par l'opportunité de la création de la Faculté de Médecine au Nord-Bénin, la sous-médicalisation du Nord Bénin, et les problèmes d'emploi et d'insertion professionnelle d'une part et la rencontre entre Santé Sud (ONG française) et l'Université de Parakou d'autre part. A l'image de ce qui existait déjà au Mali (1989) et au Madagascar (1995), la Médecine générale communautaire (MGC) est devenue une réalité au Bénin.

Cadre et méthodes : Les cadres de cette expérience étaient la Faculté de médecine de l'Université de Parakou et les communes et villages des Départements du Borgou et de l'Alibori tous au Nord Bénin pour les lieux d'exercice. Le processus de formation de ces Médecins généralistes a été renforcé par une convention de partenariat entre Santé Sud et la Faculté de Médecine, la création et l'habilitation d'un diplôme universitaire, l'élaboration et l'homologation des modules de formation. Cette formation sous forme de DU s'est déroulée de février à mars 2013.

Résultats : Pour ce premier DU, une durée de 176 heures pour les 4 modules théoriques en présentiel (un module par semaine) et 112 heures de formation pratique sur le terrain (14 jours) ont été exécutées. La formation a consisté en une phase théorique basée sur les exercices de groupe avec plénière et synthèses suivis d'échange d'expérience entre un MGC référent et les apprenants. La formation pratique a permis l'immersion du jeune apprenant en milieu rural sous la responsabilité d'un MGC référent. L'andragogie était la méthode pédagogique utilisée.

En 2010, 15 MGC ont été formés et installés, en 2012, 10 et en 2013, 11 MGC.

Conclusion : L'originalité de cette approche est de réunir dans une même pratique la fonction de clinicien et celle de responsable d'une aire de santé, le soin curatif pour l'individu

*Intervenant

[†]Auteur correspondant: kofadier@yahoo.fr

et la médecine préventive auprès d'une communauté. Un nouveau métier qui répond à une stratégie combinée médecine de famille et soins de santé primaires. Ce projet répond parfaitement à la politique nationale du renforcement de la pyramide sanitaire au Bénin.

Mots-Clés: Médecine générale communautaire, diplôme universitaire, pyramide sanitaire, médicalisation des zones rurales, Bénin