

L'AUTONOMIE EN SANTÉ À L'ÉPREUVE DE LA CULTURE DES PATIENTS ET DES SOIGNANTS : CAS DU BÉNIN

AUTONOMY IN HEALTH CHALLENGED BY THE CULTURE OF PATIENTS
AND CAREGIVERS: THE CASE OF BENIN

F. A. GUÉDOU*, F. S. ATCHÉKPÉ**, N. M. KÊDOTÉ***

RÉSUMÉ

L'autonomie en santé consiste en la capacité d'exprimer ses besoins, ses désirs et de pouvoir prendre des décisions autodéterminées en lien avec sa santé. Toutefois, le caractère collectiviste de la culture noire africaine fait que le patient béninois confère ou partage volontiers son autonomie et le pouvoir de décision avec le soignant, la famille, le conjoint, les esprits des ancêtres et l'oracle qui complètent son être. Tant les professionnels de la santé que les patients sont influencés par ce contexte socioculturel où prédomine un rapport de domination du patient par le soignant, et où la famille, le conjoint et les détenteurs de forces religieuses ou surnaturelles aussi sont des délégués de la décision du patient quant aux soins à recevoir. Une autonomie en santé collectiviste qui intègre aussi bien le patient que son environnement familial et métaphysique, tout en veillant au bien-être de l'individu, serait donc la mieux adaptée. En somme, les réalités socio-culturelles africaines n'éprouvent pas l'autonomie en santé. Bien au contraire, lorsqu'elles sont prises en compte de façon rationnelle, elles ne font que la compléter, contribuant ainsi à son plein achèvement.

* Organisation pour la Promotion de la Santé et le Développement Communautaire (OPSDC), Cotonou, Bénin.
Comité National d'Éthique pour la Recherche.

** Organisation pour la Promotion de la Santé et le Développement Communautaire (OPSDC), Cotonou, Bénin.

École Doctorale Pluridisciplinaire "Espace Cultures et Développement",
Filière Sociologie du développement, Université d'Abomey-Calavi,
Campus d'Abomey-Calavi, Bénin.

*** Institut Régional de Santé Publique Comlan Alfred Quenum,
Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

Communauté de Pratique Écosystème et Santé pour Afrique de l'Ouest
et du Centre.

Correspondance : Dr Fernand Aimé GUÉDOU, Organisation pour la
Promotion de la Santé et le Développement Communautaire (OPSDC),
Cotonou, Bénin.

Tel : (229) 97 22 05 13. e-mail : guedaf@yahoo.fr ; guefaim@gmail.com

MOTS-CLÉS

Autonomie en santé ; Culture noire africaine ; Patients ;
Soignants ; Bénin.

ABSTRACT

Health autonomy consists of the ability to express one's needs and desires and to be able to make self-determined decisions related to one's health. However, the collectivist nature of black African culture leads to the Beninese patient willingly confers or shares his autonomy and decision-making power with the care provider, family, spouse, ancestral spirits and oracle who complete his being. Both health professionals and patients are influenced by this socio-cultural context where a relationship of domination of the patient by the care provider predominates, and where the family, the spouse and the religious or supernatural forces stakeholders are also delegates of the decision of the patient about the care to be received. A collectivist health autonomy that integrates the patient as well as his family and metaphysical environment, while ensuring the well-being of the individual, would therefore be the best suited. In short, African socio-cultural realities are not obstacles to health autonomy. On the contrary, when they are taken into account in a rational way, they rather complete it, thus contributing to its full achievement.

KEYWORDS

Health autonomy; Black African culture; Patient; Care
provider; Benin.

I. INTRODUCTION

L'autonomie en santé consiste en la capacité à disposer soi-même de sa santé et de choisir les options qui correspondent à ses souhaits, ses valeurs ou ses projets de vie [1]. De par cette définition, l'autonomie en santé apparaît a priori comme une évidence en matière de droit à la santé. Toutefois, l'autonomie dans le domaine de la santé, notamment lors des soins médicaux, des interventions communautaires et de la recherche biomédicale en Afrique subsaharienne, est confrontée à nombreux défis du fait du contexte, de la perception et des perspectives des différents acteurs impliqués dans son application.

Le concept d'autonomie, d'origine occidentale, qui prône le respect des droits individuels, entre le plus souvent en conflit avec les valeurs et normes culturelles africaines. La philosophie *Ubuntu* représentative des communautés d'Afrique australe est un exemple de la vision du monde africain très communautaire, qui peut s'opposer aux normes occidentales plus individuelles. Ainsi, le contexte culturel est l'un des défis à prendre en considération dans la mise en pratique de l'autonomie en santé. En effet, la culture est un ensemble d'idées, de coutumes et de comportements que partage un peuple, une société donnée ou un corps professionnel structuré. Elle est en constante évolution. Au plan de relation sociale, la culture africaine est surtout collectiviste et la relation avec « l'autre » y est d'une importance capitale et devrait (à tout prix) être sauvegardée. Cette culture collectiviste fait que le (la) patient(e) est conscient(e) qu'il(elle) n'est pas sans « l'autre » et a même parfois plus confiance en cette partie de lui-même qui est en « l'autre » et à qui il/elle confère ou partage volontiers son autonomie, le pouvoir de décision (surtout si ce dernier est détenteur du pouvoir ou du savoir nécessaire à la prise de décision). Cet « autre », c'est le soignant, la famille, le conjoint, les esprits des ancêtres, les forces occultes (l'oracle).

Dans un tel contexte, il importe de repenser l'autonomie en santé en tant que pouvoir décisionnel relatif à sa santé, de la perspective culturelle des différents acteurs, notamment le patient et le soignant.

Le but du présent travail était donc d'analyser le concept d'autonomie en santé dans le contexte culturel africain et d'illustrer cette réalité avec le cas du Bénin.

II. CADRE D'ÉTUDE ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

Le Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest, limité au Nord par la République du Niger et celle de Burkina

Faso, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Nigeria et à l'Ouest par le Togo. Ce pays couvre une superficie de 114.760 Km² et a une population estimée pour 2022 à 12 314 650 habitants [2]. Le taux d'utilisation des services de santé est de 30% [3]. Près de 70% de la population béninoise recourt donc à l'automédication, l'utilisation des plantes, la fréquentation des guérisseurs traditionnels.

L'approche méthodologique adoptée pour le présent travail est centrée sur une revue documentaire, appuyée par des entretiens individuels et informels auprès de onze acteurs sélectionnés par choix raisonné dans deux villes : Cotonou (Sud du Bénin) et Abomey (centre du pays). Il s'agit de médecin spécialisé en santé publique, sage-femme urgentiste et d'usagers ordinaires rencontrés dans le Centre de santé communal de Cotonou 1 et le Centre Hospitalier de Zone Suru Léré de la ville de Cotonou. Des entretiens informels ont également eu lieu auprès des chefs de collectivités familiales et des guérisseurs traditionnels à Abomey.

III. PRÉSENTATION DES RECUEILS DE LA REVUE DOCUMENTAIRE ET DES ENTRETIENS

A. Analyse générale du concept d'autonomie en santé

L'autonomie en santé implique pour le (la) patient(e), le droit de trouver les conditions lui conférant les moyens et le soutien nécessaires pour prendre la décision la plus éclairée, la plus réfléchie et la plus libre possible [4]. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'autonomie ne serait donc pas accomplie, du moins pas telle que définie et il ne serait guère souhaitable de la vouloir. Pour une meilleure pratique de l'autonomie, il importe donc d'analyser l'autonomie, notamment de la perspective du patient et du soignant. En effet plusieurs questions s'imposent :

Pourquoi l'autonomie en santé ? Quel en est l'intérêt, la finalité, les valeurs et les principes qu'elle a l'intention de défendre ? L'autonomie en santé consiste-t-elle juste en l'exercice d'un droit, d'une souveraineté ? Ou vise-t-elle à assurer à son corps le meilleur traitement possible (biopouvoir) ?

L'autonomie recherchée est à l'égard de qui ou de quoi ? De quelle dépendance le (la) patient(e) devrait-il/elle s'affranchir ? Par exemple, l'autonomie du patient est souvent perçue par rapport au soignant et au système de soins. Qu'en est-il de l'autonomie par rapport à l'entourage, (la famille, certaines normes socio-culturelles) ? Quelles sont les conditions et pré-réquis de l'exercice de l'autonomie ? Il faudrait que le concerné en soit

conscient, ait le désir de l'exercer, soit capable et/ou se sentir capable de l'exercer (self-efficacy), qu'on lui en cède le droit et qu'on lui apporte des informations nécessaires et de qualité, avec allocation des ressources nécessaires.

Quelles en sont les conséquences et les implications ? Le concerné devrait être prêt à assumer ses responsabilités, les risques éventuels liés à l'exercice de son autonomie dans la prise de décision relative à sa santé.

Les réponses à ces différentes questions permettront une mise en application conséquente de l'autonomie en santé.

B. L'autonomie en santé face à la culture du soignant

Tant les professionnels de la santé que les patient(e)s sont influencé(e)s par la culture de supériorité du soignant par rapport au soigné. En effet, tous les deux ont été moulés dans un contexte socio-culturel empreint d'un rapport de domination du soigné par le soignant. Par exemple, on n'a pas à contribuer ou participer à la prise de décision quant aux sacrifices prescrits par le guérisseur traditionnel ou le mélange de produits que ce dernier donne à boire, à laper ou à garder sous la langue, à utiliser en scarification ou en bain.

Le rapport guérisseur traditionnel et patient est une relation où le premier garde un "silence mystique et légitime" sur ses prescriptions vis-à-vis du second qui n'est pas admis à poser des questions sur ce qu'on lui administre comme soins. Ce rapport est une culture séculaire d'absence ou de faible questionnement sur les soins traditionnels reçus et qui est essentiellement fondée sur la confiance (au pouvoir et l'identité).

L'attitude du médecin africain a toujours été celle du médecin paternaliste d'autrefois, autoritaire et dirigiste [5]. Le soignant africain évolue encore largement dans un paternalisme médical conforté par une culture d'organisation hospitalière peu encline à favoriser l'auto-évaluation, la pratique de l'information médicale du patient, les soins centrés sur le patient et la famille (SCPF), la prise de décision partagée (PDP), l'éducation thérapeutique et le Partenariat avec le Patient [6].

En Afrique, l'autonomie du participant à une intervention de santé ou du patient est confrontée à un contexte culturel (traditionnel) de silence et de faible questionnement. Ceci est dû à l'absence, chez les agents de santé, d'une culture d'échange avec les patients (aussi bien dans la formation initiale que dans la pratique). Cette situation est illustrée par les déclarations suivantes :

« Les agents de santé n'ont pas cette culture d'informer le patient sur les soins qu'ils veulent lui administrer. C'est seulement depuis peu que cette tendance a

semblé changer et quelques-uns ont commencé à apporter quelques bribes d'informations au patient sur les soins qu'on se propose de lui apporter ». (F. G., Chef de Collectivité familiale à Abomey).

« Je ne peux pas dire que les médecins sont suffisamment formés sur cette culture d'échange au point de dire qu'ils devraient informer le patient de ce qu'on lui fait. La preuve c'est qu'ils ne se présentent même pas aux patients quand ils rentrent dans une salle d'hospitalisation... » (E. G. Médecin santé publique)

Il existe généralement une culture ambiante de rapports de dominants à dominés entre soignants et patients.

« Dans notre culture et notre entendement, c'est comme si le soignant, c'est lui le connaisseur, c'est lui le sachant, donc il n'a pas de temps à perdre pour expliquer à celui qui a besoin de soins, la manière dont il procède pour résoudre le problème qu'il a ».

« C'est une culture de rapport au pouvoir, parce que quand vous avez le pouvoir vous devenez le summum de la connaissance, celui qui sait tout, qui est génie dans sa position. Celui qui occupe une position plus basse, il n'a rien à dire. Quand le docteur a dit, c'est qu'il a dit..... », (E. G.)

C. L'autonomie en santé face à la culture du patient

Le patient est conscient du pouvoir et du savoir qui ont permis au soignant « d'entrer dans sa vie privée et sa personne » au point où il se sent même plus en sécurité quand les décisions sont prises par lui-même. Il préfère donc confier la responsabilité de sa santé aux mains du soignant. Dans un tel contexte, les éventuelles tentatives du soignant de capaciter le patient pour qu'il puisse exercer son autonomie pourraient même être interprétées comme des actes de démission ou de désolidarisation et même compromettre la relation de confiance mutuelle établie entre eux.

Il y a donc souvent une acceptation de soins basée sur la confiance et l'espoir en la guérison, comme en témoignent les déclarations suivantes.

« Dernièrement, j'avais la migraine et je m'étais rendue dans un centre de santé public. L'infirmière a prescrit des produits et m'a proposé une injection. Elle ne m'a pas dit les noms des produits, mais c'est des produits à acheter dans le centre de santé. Elle n'a pas expliqué les produits, mais je comprends que

c'est pour ma satisfaction ». (R.S., maîtresse couturière, célibataire, 26 ans).

Le patient craint de porter un coup à la relation de confiance mutuelle qui le lie à son médecin en cherchant à comprendre les soins à lui prescrits ou prodigués par ce dernier. Il faudrait donc s'armer du « courage » pour le faire, comme l'exprime le verbatim suivant.

« Quelques rares fois, le patient a le courage d'interroger l'agent de santé sur les soins à recevoir. On se dit parfois simplement que c'est leur domaine de compétence et on se limite juste aux soins qu'on reçoit. Peut-on ou doit-on demander au soignant, pourquoi tel soin et pourquoi pas tel autre ? C'est une véritable question et dans ma position et avec mon expérience, j'imagine bien que le patient n'a souvent pas ce courage. Ce qui le préoccupe souvent, c'est juste la guérison ». (F. G., Chef de collectivité à Abomey)

Le malade ne devrait pas refuser un soin qu'on lui propose et ne devrait pas chercher à comprendre le traitement qu'on lui fait dès qu'il a fait l'option d'arriver se faire traiter dans un centre de santé.

« Si je suis malade et que c'est pour un traitement que je vais au centre de santé, je ne vois pas la raison pour laquelle je vais refuser les soins, même si je ne sais pas ce que contient le traitement qu'on est en train de m'administrer... L'essentiel c'est d'être guéri qu'on veut » (A.H., 46 ans, Mariée, agent comptable à Cotonou).

Le manque de confiance en sa capacité à comprendre les explications éventuellement fournies par le soignant, fait que le patient juge inutile d'en faire la requête, surtout si cela devrait encore porter entorse à la relation de confiance mutuelle.

« Ce n'est pas qu'on fait confiance à 100%, mais n'étant pas du domaine et ne maîtrisant rien, c'est comme si l'explication n'apporterait rien ; c'est pour cela qu'on ne pose pas de questions » (A.H.)

La famille et surtout le conjoint constitue aussi l'autre partie du patient avec laquelle il partage ou cède son autonomie en santé. Ceci repose surtout sur la solidarité, le fait que lorsqu'un membre de la famille est malade, c'est toute la famille qui est affectée et qui se mobilise et les coûts économiques et psycho-sociaux sont généralement supportés/partagés par la famille.

D'autres entités avec lesquelles le patient partage son autonomie en santé sont celles du monde métaphysique (la religion, les esprits des ancêtres, les forces occultes). Ainsi la décision d'accepter ou de refuser un soin, notamment une intervention chirurgicale, pourrait être déterminée par le résultat de la consultation de l'oracle et des divinités par le devin, comme l'atteste une guérisseuse traditionnelle à Za Kpota, centre du Bénin :

« Sur la connaissance de ce que dit le « Fa(1) » [l'oracle], on peut refuser des soins de l'hôpital ».

Cette conviction peut être même partagée par des personnes de niveau d'instruction assez élevé, comme on le remarque dans la déclaration suivante :

« Il y a quelques années en arrière, mon épouse (une enseignante), paix à son âme, avait été dépistée d'un nodule dans un sein. Il lui avait été proposé en ce temps-là de subir une opération pour retirer le nodule et éviter un cancer de sein. Mais elle avait décidé de consulter d'abord le « Fa » [l'oracle] pour s'assurer si l'issue sera favorable ou fatale pour sa vie. Par la suite, elle a repoussé l'opération pendant près d'un an et demi avant de la faire. Cette tendance à consulter le « Fa » avant de prendre une décision comme par exemple subir une opération chirurgicale, relève de la culture, des pratiques coutumières de la famille ou de la collectivité familiale à laquelle appartient l'individu », (E. G., médecin, santé publique)

Il y a également une culture religieuse, traditionnelle ou familiale de refus/report de certains soins spécifiques.

« J'ai connu l'expérience d'une dame qui est Témoin de Jéhovah. Après accouchement, elle a eu une hémorragie et elle a dit que chez eux [Témoins de Jéhovah], ils ne font pas de la transfusion sanguine. Elle a donc maintenu sa position jusqu'à perdre la vie ». (A.H. 46 ans, Mariée, Agent comptable, Cotonou)

A la maternité XXX de Cotonou, ce que certaines femmes évoquent souvent, c'est qu'elles ont fait « la vision » à l'église du christianisme céleste et on leur a dit que si on les opère pour la césarienne elles vont

(1) Le "Fa" est la forme de divination de certaines cultures et civilisations Ouest africaines que sont les peuples du Nigéria, du Togo, du Ghana et du Bénin. Cet art divinatoire imprègne et préside tous les domaines de la vie et de la mort chez ces peuples. On ne prend pas de décision qu'on juge importante ou même banale sans consulter le "Fa". Et la réponse après cette consultation devrait être respectée en sacrifiant aux rituels prescrits, sous peine de rencontrer un malheur en cas de non observance.

mourir... » (S. W., sage-femme urgentiste, Cotonou).

Ces situations où la décision du patient d'accepter ou de refuser un soin fait intervenir les règles de son appartenance religieuse ou la consultation des divinités constituent des aspects de l'exercice de l'autonomie en santé. Et il s'établit aussi une hiérarchie dans les déterminants de la prise de décision par rapport à la santé. Il reste cependant à voir dans quelle mesure la prise en compte des valeurs socio-culturelles d'un patient dans la prise de décision relative à son état de santé pourrait être préjudiciable pour son bien-être complet.

IV. DISCUSSION

Aussi bien les professionnels de la santé que les patients africains sont influencés par ce contexte socioculturel où prédomine un rapport de domination du patient par le soignant, et où la famille, le conjoint et les détenteurs de forces religieuses ou surnaturelles aussi sont des délégataires de la décision du/de la patient(e) quant aux soins à recevoir.

Est-ce à dire que le (la) patient(e) africain(e) ne pourrait pas jouir de son autonomie en santé ?

Assurément non. Il est vrai que les valeurs traditionnelles africaines prônent une existence peu autonome des individus ; ce qui impose une dimension collective/communautaire dans les prises de décision concernant la prise en charge d'un patient ou d'un participant de recherche [7, 8, 9]. Considérant que l'autonomie implique le droit pour le (la) patient(e) de trouver les conditions lui conférant les moyens et le soutien nécessaires pour prendre la décision la plus éclairée, la plus réfléchie et la plus libre possible, il s'agira de trouver des moyens locaux, adaptés au contexte socio-culturel africain, mais permettant d'atteindre les mêmes objectifs de valeurs et principes universels que l'on cherche à défendre à travers « l'autonomie ».

En d'autres termes, une autonomie en santé collectiviste qui intègre aussi bien le patient que son environnement familial et métaphysique, tout en veillant au bien-être de l'individu, serait la mieux adaptée. Ce faisant, on ne fait que prendre en compte les autres dimensions de l'autonomie en santé en intégrant les réalités socio-culturelles du/de la patient(e) afin de la rendre plus complète. Ainsi, la culture va cesser d'être perçue comme un obstacle à la pratique de l'autonomie en santé, mais plutôt comme une dimension incontournable de l'autonomie en santé, qui s'impose et dont il faut tenir compte pour sa pleine réalisation.

En somme, les réalités socio-culturelles africaines n'éprouvent pas l'autonomie. Bien au contraire, lorsqu'elles sont prises en compte de façon rationnelle, elles ne font que la compléter, contribuant ainsi à son plein achèvement.

Il est par ailleurs certain que des mutations importantes s'opèrent au niveau culturel et que la société africaine ou béninoise devient de moins en moins collectiviste et cela a déjà commencé par affecter les types de relations sociales. Aussi, grâce à l'accès aux multimédias et à l'émergence des organisations de la société civile de plus en plus spécialisées et animées par des acteurs instruits et avertis, le profil du patient noir africain face à la médecine moderne a quelque peu évolué. Le silence mystique et légitime du guérisseur traditionnel est de moins en moins accepté dans nos hôpitaux [10]. De même, les revendications par le malade, pour exprimer librement son autorité sur sa propre personne, à commencer par son corps, s'observent de plus en plus dans le contexte africain [11].

V. CONCLUSION

Le conflit entre l'autonomie en santé et la culture ne semble qu'être apparent (superficiel). Finalement, l'autonomie qui se trouve être éprouvée par la culture est celle basée sur une compréhension réductionniste, individualiste, rationaliste et ne tenant compte pas de la réalité socio-culturelle du patient béninois ou africain. Tant qu'elle se mettrait (ou évoluerait) au pas et au rythme de la culture et de sa dynamique, l'autonomie en santé pourrait s'accomplir et mieux, dans toute sa plénitude et atteindre sa finalité, ses objectifs de bien-être complet des patients.

Le défi éthique est de voir dans quelle mesure la prise en compte des valeurs culturelles d'un individu dans la prise de décision relative à sa santé pourrait être préjudiciable à son bien-être complet, donc à sa santé. Pour une éthique réaliste, il importe donc de laisser le principe d'autonomie en santé aller au rythme des mutations socio-culturelles des pays africains et de l'évolution chez les professionnels de la santé d'une culture paternaliste vers le partenariat avec les patients. Mais dans le même temps, cette situation reflète, entre autres, les défis récurrents auxquels le système sanitaire reste confronté, pour refonder la place du patient et la relation soignant-patient dans ce système [6]. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [30] Bracconi M., Hervé C., Pirnay P. (2017). Réflexions éthiques sur le principe de l'autonomie du patient. *EMHJ*, 23 (12), 845-849.

- [31] Institut National de la Statistique et de la Démographie (INStaD). Projections démographiques de 2014 à 2063 et perspectives de la demande sociale de 2014 à 2030 au Bénin, Novembre 2022, p137, <https://instad.bj/images/docs/Actualités/Projection%20révisé.pdf>
- [32] OMS, Rapport annuel OMS Bénin 2020 final_0.pdf.
- [33] Académie Suisse des Sciences Médicales / Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (2020): L'autonomie en médecine: 7 thèses. Swiss Academies Communications 15 (11).
- [34] Lasmé-Guillao BE, Amorrissani-Folquet A.M., *et al.* Information médicale : évaluation de la communication médecin/patient dans un service de pédiatrie à Abidjan, Medical Information : Assessing the doctor / patient communication in a pediatric ward in Abidjan, <https://web-saraf.net>, octobre 2013.
- [35] Dumez V. Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins: du paternalisme au partenariat, <https://www.health4africa.net/2017>
- [36] Akpa-Inyang, F., & Chima, S. C. (2021). South African traditional values and beliefs regarding informed consent and limitations of the principle of respect for autonomy in African communities: A cross-cultural qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00678-4>
- [37] Appiah, R. (2020). Community-based participatory research in rural African contexts: Ethico-cultural considerations and lessons from Ghana. *Public Health Reviews*, 41(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00145-2>
- [38] Chima, S. C. (2022). Evaluating Knowledge, Practice, and Barriers to Informed Consent Among Professional and Staff Nurses in South Africa: An Empirical Study. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, 5(2), 44-70. <https://doi.org/10.7202/1089785ar>
- [39] Houngnihin R. A. Les enjeux éthiques des politiques en matière de santé au Bénin, in *Journal international de bioéthique et d'éthique en santé*, 2017, vol. 28, n°1.
- [40] Monique R. Respecter l'autonomie du patient, dans le dossier : Des principes et des valeurs pour prendre soin, *Revue Soins*, <https://www.elsevier.com/fr-fr>, avril 2018.