

Comprendre le renoncement à la référence obstétricale à la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou

Understanding failure of obstetric referral to the Cotonou University gynaecology and obstetrics clinic

Roch Appolinaire Hounghinin^{1,2}, Apee Judith Sossou¹

↳ Résumé

Introduction : À partir de l'an 2000, à la faveur des Objectifs du millénaire pour le développement, le Bénin a renforcé son système de référence obstétricale, afin de réduire la mortalité maternelle. Mais des problèmes d'ordre structurel, socioculturel et économique continuent d'affecter cette stratégie. La Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, située au sommet de la pyramide sanitaire, est emblématique desdits problèmes. La présente recherche vise à comprendre de l'intérieur, les enjeux de la référence dans cet établissement hospitalier, à travers l'analyse des perceptions et vécus des acteurs.

Méthodes : Essentiellement qualitative, la collecte de données a été réalisée au moyen d'entretiens semi-directifs approfondis, de juillet à décembre 2015. Elle a concerné 37 personnes dont des femmes référées, des soignants et des accompagnants.

Résultats : La faible qualité de l'information détenue par les femmes sur les motifs de la référence, la peur de la césarienne perçue comme évidente et les difficiles relations entretenues avec le personnel de santé contribuent au renoncement à la référence. Par ailleurs, les rumeurs circulant sur l'accueil, le retard dans la prise en charge et les conditions d'hospitalisation à la CUGO sont des aspects à prendre en compte. Enfin, la distance de provenance est déterminante dans l'acceptation de la référence par les femmes et leurs entourages.

Conclusion : De façon générale, la référence est perçue comme une nécessité en cas de complications au cours de la grossesse, aussi bien par les femmes référées que par le personnel soignant. Mais, les divergences de points de vue apparaissent lorsque la CUGO devient l'hôpital d'accueil.

Mots-clés : Référence obstétricale ; Représentations ; Parturientes ; Vécus ; Cotonou.

↳ Abstract

Introduction: Since 2000, in the context of the Millennium development goals, Benin has reinforced its obstetric referral system in order to reduce maternal mortality. However, structural, sociocultural and economic problems continue to affect this strategy. The Cotonou University gynaecology and obstetrics clinic (CUGO), at the top of the health pyramid, is emblematic of this situation. This study was designed to elucidate the stakes involved in referral to this hospital based on analysis of the perceptions and experiences of referral personnel.

Methods: Essentially qualitative data collection was conducted by means of in-depth semi-structured interviews from July to December 2015 involving 37 people, including referred women, healthcare personnel and caregivers.

Results: The poor quality of information given to women concerning the reasons for referral, the fear of caesarean section, considered to be inevitable, and the difficult relationships with health workers contribute to failure to comply with referral. Rumours concerning reception, waiting times and hospitalization conditions are other factors that must be taken into account. Finally, the distance from the woman's home is a decisive element in acceptance of referral by women and their families.

Conclusion: Referral is generally perceived as necessary in the case of complications during pregnancy, by both referred women and healthcare personnel. However, differences in points of view are observed when the woman is referred to CUGO.

Keywords: Obstetric referral; Representations; Parturients; Perceptions; Cotonou.

¹ Université d'Abomey-Calavi – 072 BP 445 – 229 Cotonou – Bénin.

² Ministère de la Santé – 01 BP 882 – Cotonou – Bénin.

Correspondance : R. A. Hounghinin
roch_hounghinin2001@yahoo.fr

Réception : 19/09/2016 – Acceptation : 09/06/2017

Introduction

Depuis plusieurs décennies, des politiques de promotion de l'accès aux soins prénataux et obstétricaux de qualité ont été développées dans le monde. Les premières initiatives ont émergé à l'issue de la conférence d'Alma Ata (1978), qui a permis de définir la stratégie des soins de santé primaire [1]. Au cours des deux dernières décennies, ces efforts ont permis, au plan mondial, de réduire de 47 %, le taux de mortalité maternelle qui est passé de 400 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990, à 210 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Toutes les régions du monde avaient fait des progrès significatifs, sauf l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne qui n'ont pas connu une situation meilleure. Dans ces régions, la mortalité maternelle (définie comme le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite [2]) est de 20 à 70 fois plus élevée que dans les pays industrialisés [3]. À titre d'exemples, en 2010, le taux de mortalité maternelle était de 8 décès pour 100 000 naissances vivantes en Suisse [4] contre 221 décès pour 100 000 naissances vivantes au Bénin [5]. En général, les femmes meurent pour un grand nombre de causes directes liées à la grossesse, à l'accouchement ou lors du post-partum : hémorragies sévères (surtout les hémorragies *postpartum*), infections (septicémie surtout), troubles hypertensifs pendant la grossesse (en général l'éclampsie) et les dystocies. Parmi les causes indirectes des décès maternels, figurent les maladies qui compliquent la grossesse ou sont aggravées pendant cette période de la vie (paludisme, anémie, VIH/sida, affections cardiovasculaires...) [6].

Au Bénin, au moins 1 400 femmes continuent de mourir chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. L'un des principaux facteurs associés à ces décès réside dans le dysfonctionnement du système de santé, caractérisé par les « trois retards » : retard dans la prise de décisions de recourir aux services de santé, retard dans la référence vers un service de santé approprié et retard dans la prise en charge au sein du service hospitalier [7]. Ces situations traduisent le faible accès des parturientes à des centres hospitaliers performants en cas de complications [8]. Les acteurs institutionnels, notamment ceux du Ministère de la santé, mettent surtout en évidence les accouchements à domicile, la faible

accessibilité des services de maternité, le dépistage insuffisant des grossesses à risque et le suivi insuffisant du travail d'accouchement [9, 10]. Ainsi, bien que la couverture en infrastructures sanitaires se soit améliorée (passant de 50,5 % en 2000 à 93,1 % en 2014 [8]), de nombreuses femmes meurent toujours en voulant donner la vie.

En 2000, à la faveur des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), il a été question de réduire le taux de mortalité maternelle et infantile de trois quarts, à travers la mise en place d'interventions telles que : l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence en obstétrique, l'assistance aux accouchements par un personnel de santé qualifié et la fourniture de thérapies antirétrovirales à toutes les femmes enceintes qui en ont besoin [7]. Comme de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest, le Bénin a souscrit aux recommandations internationales, en renforçant son système de référence obstétricale [7]. La référence est définie comme le mécanisme par lequel un centre de santé (de l'échelon inférieur) oriente une parturiente qui dépasse ses compétences vers un autre plus spécialisé et mieux équipé afin de lui assurer une meilleure prise en charge [11]. Dans sa mise en œuvre, elle est confrontée à de nombreuses difficultés qui se traduisent notamment par le non-respect du circuit officiel de référence et le renoncement aux soins par les parturientes [7].

Cette problématique en lien avec la référence obstétricale mérite d'être réexaminée dans le contexte spécifique de la Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, caractérisée par la mise en œuvre d'interventions visant à améliorer l'accès aux soins d'urgence en obstétrique et l'assistance aux accouchements par un personnel de santé. Elle fait entrevoir plusieurs acteurs ayant différents types de savoirs et de logiques qui s'interfèrent. La CUGO se situe au sommet de la pyramide sanitaire¹ ; elle est emblématique de la situation qui prévaut dans le domaine de la référence obstétricale au Bénin.

Le cadre théorique du contrôle social proposé par Foucault semble indiqué pour rendre compte des enjeux et de la complexité de la référence obstétricale à la CUGO, en proposant une grille de lecture de l'écart entre les normes et les pratiques des acteurs, entre l'institutionnel et le social [12].

¹ Le système sanitaire béninois a une structure pyramidale à trois niveaux : un niveau central ou national (représenté par le Ministère de la santé et le Centre national hospitalier et universitaire qui abrite la CUGO), un niveau intermédiaire ou départemental (représenté par les Directions départementales de la santé et les Centres hospitaliers départementaux) et un niveau périphérique (représenté par les zones sanitaires et les hôpitaux de zone).

Méthodes

Cadre de la recherche

La recherche a été réalisée à la CUGO. En tant qu'une structure spécialisée du Centre national hospitalier et universitaire (CNHU) de Cotonou, la CUGO est la première maternité de référence sur le plan national. Elle a ouvert ses portes en janvier 1978, et assure la formation des médecins, des sages-femmes, des infirmiers et des aides-soignants. Elle offre des prestations de consultation pré et post-natale, d'accouchement, d'interventions chirurgicales et gynécologiques, d'échographie, de colposcopie, de vaccination, de dépistage du cancer du col de l'utérus, de planning familial, de dépistage et de prise en charge du VIH. En décembre 2015, le personnel de la CUGO est composé de 87 prestataires, toutes catégories confondues, avec une proportion de 68 % d'hommes [13].

Nature de la recherche

La recherche est de nature qualitative. Elle s'inscrit de ce fait dans une approche empirique et diachronique qui combine l'analyse des pratiques et des représentations [14]. Dans cette perspective, elle vise à appréhender en profondeur et de manière discursive, le sens des discours et des pratiques au sein d'une population de différents profils.

Méthodes d'échantillonnage

La disponibilité de la liste complète des référées vers la CUGO a permis de choisir, par tirage aléatoire simple, les établissements orientant les parturientes. Au nombre de quarante-huit, ces établissements peuvent être répartis en quatre catégories : la première catégorie concerne les centres de santé (ou cliniques) strictement privés de la ville de Cotonou ; le deuxième groupe se compose des centres de santé (ou hôpitaux) publics de la ville de Cotonou dont l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) et les hôpitaux de zone ; la troisième catégorie porte sur les centres de santé (ou hôpitaux de zone) périphériques ; tandis que la dernière catégorie se rapporte aux centres de santé (ou hôpitaux) à caractère confessionnel. La démarche a consisté à numéroter ces centres de santé et à procéder à leur tirage au sort, de sorte que tous les centres (dont certains se trouvent hors de Cotonou) aient des chances

égales d'être inclus dans l'échantillon. Sur la liste de ces centres retenus, figurent au total sept établissements de soins dont trois cliniques privées (choisies dans le rang des centres privés de la ville de Cotonou), deux centres de santé publics (tirés au sein des centres publics de la ville de Cotonou), un hôpital de zone (retenu parmi les centres périphériques) et enfin un centre de santé confessionnel (tiré parmi les établissements à caractère confessionnel).

La population d'enquête est composée d'une part des femmes référées des sept centres périphériques retenus vers la CUGO et ayant accepté la référence, et d'autre part des femmes référées de ces centres mais ayant renoncé à cette référence. Le premier groupe est composé de vingt-cinq personnes contactées à domicile ou à la CUGO. Le second groupe est composé des femmes dites « perdues de vue » (femmes ayant été référées mais ayant renoncé à la référence) identifiées sur les neuf derniers mois et dont la grossesse est arrivée à terme durant la période. Ces cas ont été retenus à partir des registres des centres de santé périphériques. Parmi eux, sept femmes (à raison d'une femme par centre de santé échantillonné) ont été contactées à domicile pour un entretien.

Des informations sur les motifs de refus de la référence ont été collectées auprès de ces enquêtées. De même, pour chaque femme, des données ont été recueillies sur son profil sociodémographique (date de naissance, profession, parité, niveau d'instruction, religion et régime matrimonial), son lieu de résidence et l'adresse du centre de référence. Ce dispositif a permis d'évaluer l'impact de la distance entre le domicile et la CUGO sur l'acceptation ou non de la référence obstétricale. Cette distance a été calculée à partir des indications fournies par les enquêtées sur la localisation de leur domicile à Cotonou et dans les villes environnantes. Elle a tenu compte des données de l'Institut national de la statistique et de l'analyse économique [15] et a considéré le centre-ville de la localité de domicile jusqu'à l'adresse exacte de la CUGO par l'itinéraire automobile le plus rapide. Une enquêtée domiciliée dans le même arrondissement que la CUGO était considérée à une distance de zéro kilomètre [16].

À ces deux catégories d'enquêtées, ont été ajoutés cinq professionnels de la santé (dont deux médecins gynécologues, deux sages-femmes et un aide-soignant) en service à la CUGO et cinq accompagnants (dont deux époux, deux sœurs et une tante) de femmes référées. Le critère de choix de ces derniers réside dans leur capacité à renseigner sur les soins obstétricaux et les complications de l'accouchement qui ont conduit à la référence. Cette capacité de renseignement est fondée sur le niveau d'instruction et le degré de proximité avec la femme retenue.

L'ensemble des enquêtés a été identifié par choix raisonné, consistant à retenir chaque participant à la recherche de manière délibérée en vue de former l'échantillon. Du fait du caractère qualitatif des informations collectées à tous les niveaux, le nombre des enquêtés a été, dans la plupart des cas, défini de façon inductive. À partir du moment où de nouvelles informations n'étaient plus obtenues sur le sujet (le seuil de saturation ayant été atteint), toutes les données utiles à la recherche ont été considérées comme ayant été obtenues, et de nouveaux enquêtés n'avaient plus été enrôlés.

Méthodes de collecte, de traitement et d'analyse des données

Au moyen d'entretiens semi-directifs approfondis, il a été possible de noter et de décrire les discours des différents acteurs. Les données ont été collectées, transcrites, triées et classées selon différentes thématiques, permettant ainsi d'obtenir des *verbatim*. La recherche a été réalisée par deux chercheurs, spécialistes des sciences sociales et auteurs de cet article. Pour toutes les phases confondues, elle a duré six mois, de juillet à décembre 2015.

Une analyse *a posteriori* a permis d'appréhender les modalités de construction de la décision des acteurs relative à la référence vers la CUGO. En s'appuyant sur le cadre théorique du contrôle social proposé par Foucault [12], cette analyse a révélé que les complications de la grossesse sont un moyen pour stigmatiser, au nom de la raison, ceux qui ne se plient pas aux normes, aux nécessités de l'ordre établi, aux impératifs de reproduction biomédicale [17]. Elle a permis d'appréhender l'articulation entre les normes médicales et les pratiques des acteurs et d'analyser les significations du renoncement aux soins pour les différents acteurs sociaux, de même que les logiques sociales, économiques et culturelles qui déterminent de telles pratiques. Une telle posture devient plus pertinente, lorsque la CUGO est perçue comme un espace public qui met en exergue la décision des parturientes en situation de risque d'accepter la référence. Ce modèle d'analyse repose sur l'examen des interactions et des effets contraignants de l'environnement social sur les choix individuels, en s'intéressant particulièrement à la dimension « symbolique » des conduites, c'est-à-dire les valeurs et les significations que les individus en interaction attribuent à leurs gestes respectifs [17]. L'approche telle que décrite, souligne à cet effet, l'importance de l'écart entre la situation en jeu (le renoncement) et les acteurs en présence (les parturientes référées) ; elle offre l'avantage d'aborder l'accès aux soins obstétricaux d'urgence en fonction des caractéristiques

des référées, de la nature des prestations offertes par la CUGO, des conditions de travail des professionnels de la santé et des stratégies d'adaptation.

Enfin, des dispositions ont été prises pour le respect des standards internationaux en matière d'éthique de la recherche. Il s'agit de la protection de la confidentialité des données collectées, l'information des enquêtés au moyen d'une note d'information sur les objectifs et la procédure de la recherche, les risques (psychologiques) encourus et les potentiels bénéfiques, et l'obtention de leur consentement verbal.

Cette démarche a permis d'une part de rappeler la situation de la référence pour soins obstétricaux à la CUGO et d'autre part d'analyser les motifs d'acceptation et de renoncement à la référence dans cet établissement hospitalier.

Résultats

Description de la population

Au total, trente-sept femmes ont participé à la recherche. Elles en composent l'échantillon principal. Dans la plupart des cas, ces enquêtées partagent le même profil socio-démographique. En effet, dans leur grande majorité, elles sont des ménagères, des fonctionnaires ou des revendeuses de produits alimentaires, de produits pétroliers (gas-oil, huile à moteur et essence), de cosmétiques, de pièces détachées et de médicaments. L'âge moyen des femmes est de 28 ans, pour un minimum qui est 18 ans et un maximum de 43 ans. L'échantillon comprend 73 % d'enquêtées ayant entre deux et quatre enfants, et 20 % d'entre elles n'ayant qu'un seul enfant. Les femmes qui ont plus de cinq enfants représentent seulement 7 % de l'effectif total.

Par ailleurs, 29 % des femmes enquêtées n'ont jamais fréquenté l'école, et 71 % d'entre elles ont affirmé pratiquer les religions chrétiennes. Enfin, 77 % des enquêtées sont mariées, que ce soit à l'état civil, sur le plan religieux (religion chrétienne ou islamique) ou du point de vue traditionnel, avec environ 69 % des femmes vivant en régime polygamique.

Situation de la référence pour urgences obstétricales à la CUGO

Les références pour urgences obstétricales à la CUGO proviennent de plusieurs établissements de soins, qu'ils soient de la ville de Cotonou ou de sa périphérie. Le tableau I présente la situation des référées à la CUGO.

Tableau I : Situation des référées pour urgences obstétricales vers la CUGO (de janvier à décembre 2015)

N°	Établissements de provenance	Effectif des référées	Pourcentage
1	Cliniques privées de la ville de Cotonou	566	30,36
2	Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL)	472	25,33
3	Hôpitaux de zone de Cotonou	246	13,19
4	Hôpitaux de zone périphérique	220	11,81
5	Centres de santé confessionnels	209	11,21
6	Centres de santé publics périphériques	151	8,10
Total		1 864	100

Source : Service de la statistique de la CUGO, janvier 2016.

Les centres de santé, qu'ils soient publics ou privés, les hôpitaux de zone ainsi que les centres de santé confessionnels orientent leurs parturientes vers la CUGO, lorsqu'ils sont confrontés à des complications. Mais les cliniques privées de la ville de Cotonou sont les principales pourvoyeuses de référées (30,36 % des cas). L'Hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL), un établissement hospitalier de la ville de Cotonou, vient en deuxième position avec 25,33 % des cas.

Des raisons de l'acceptation de la référence vers la CUGO

Un argument émerge du discours des enquêtées en faveur de la référence obstétricale à la CUGO.

La référence, pour compenser l'incompétence technique des prestataires de soins

Toutes les parturientes enquêtées ont reconnu le bien-fondé de l'orientation d'une patiente d'un centre de santé de l'échelon inférieur vers un autre de l'échelon supérieur plus spécialisé et mieux équipé. En raison de l'incompétence technique de certains centres de santé par rapport à d'autres, la référence intervient afin d'assurer une meilleure prise en charge. L'indication clinique à travers laquelle la patiente présente un risque de gravité lié à l'état de sa grossesse, ou de l'accouchement, et qui dépasse les compétences du centre de santé d'origine, est bien perçue de tous.

« Après deux jours de soins dans leur centre de santé, ils m'ont dit que, pour ce qu'ils voient là, il faut que j'aille me soigner au CNHU. J'ai compris que mon problème les dépasse, et qu'ils ne peuvent plus me prendre en charge » (Femme référée d'une clinique privée, revendeuse, 24 ans).

Il est mis en exergue l'incapacité du personnel soignant de la structure sanitaire de provenance à prendre en charge certains cas de grossesse ou d'accouchement. Il s'agit surtout d'éviter de prendre des risques évitables à la parturiente.

Les situations relatives à la compétence sont bien reconnues dans le système de santé, comme l'explique un médecin :

« Ce que moi, j'appelle référence, c'est quand, un cas de pathologie dépasse vos compétences, il faut l'orienter vers un autre agent plus compétent [...] » (Médecin généraliste, CUGO, 50 ans).

Les acteurs interviewés, qu'il s'agisse des parturientes ou des prestataires de soins, appréhendent bien la nécessité de la référence, liée au besoin de bénéficier d'une meilleure prise en charge obstétricale, en raison de la qualité du personnel disponible.

Par contre, les motifs de renoncement aux soins obstétricaux d'urgence à la CUGO sont nombreux.

Des motifs de renoncement aux soins obstétricaux à la CUGO

Ces motifs sont d'ordres organisationnel, économique, socioculturel et stratégique.

La méconnaissance des motifs de la référence par les usagers

Les motifs conduisant à la référence sont nombreux selon les prestataires de soins. Ils incluent les hémorragies obstétricales sévères, les infections puerpérales, les crises éclamptiques, les dystocies, les troubles hypertensifs et la

souffrance fœtale. Dans la plupart des cas, aussi bien les femmes référées que leurs accompagnants ne sont pas informés des indications de la référence.

« *Ils m'ont demandé d'aller à la CUGO. Je ne savais pas pourquoi. Mais, ils m'ont remis mon carnet et m'ont dit de le présenter, une fois arrivée là-bas. [...] Moi, je ne voulais pas ; mais je n'avais pas le choix, m'ont-ils dit. La sage-femme m'a dit que c'est urgent [...]* » (Femme référée d'un hôpital de zone, ménagère, 34 ans).

Dans la plupart des cas, les femmes ne détiennent aucune information sur les motifs de leur référence. Cette situation pourrait s'expliquer par l'insuffisance ou l'absence de communication entre le personnel de santé et les parturientes, un préalable pourtant nécessaire à la référence. En tant que tel, la communication autour de la référence est un facteur d'adhésion des femmes enceintes. Selon les professionnels de la santé, il n'est pas nécessaire de les en informer, car « elles ne sont pas en mesure de comprendre ».

La référence à la CUGO et l'évidence de la césarienne

L'annonce de la référence est une source de peur et même de panique pour les patientes, surtout lorsque cette référence est orientée vers la CUGO. En effet, cet établissement hospitalier est perçu comme un univers inconnu et redouté. Plusieurs registres interprétatifs émergent à cet effet. Pour les acteurs, la réticence se justifie par le fait que la césarienne y est une évidence. Dans la plupart des cas, l'expérience antérieure, celle d'un proche parent ou le récit relaté par un voisin, fonde les perceptions entretenues par les parturientes. Dans un tel univers, la référence suppose la césarienne qui évoque un risque de décès en couches. La peur de la césarienne et du risque de décès constituent un motif de faible adhésion des femmes et de leurs accompagnants aux références obstétricales. La césarienne demeure un acte redouté. On lui associe la possibilité d'interventions d'esprits maléfiques ou de personnes malveillantes qui pourraient profiter de cette « brèche » pour provoquer des complications et la mort de la femme césarisée. Cette perception en lien avec l'incertitude et l'ensorcellement est un motif majeur de refus de la référence par maintes femmes.

« *Quand on vous dit d'aller à la CUGO, il n'y a pas beaucoup de solutions. Vous-même, vous savez que c'est la césarienne, c'est sûr. Ah ! Moi je sais que plusieurs personnes sont décédées par césarienne, je ne veux pas en faire partie. Césarienne, ça tue. C'est ça, la CUGO. Même les sorciers peuvent également intervenir pour compliquer les choses* » (Femme enceinte, revendeuse, 32 ans).

Dans la plupart des cas, les femmes ont une autre perception des risques encourus ; alors que le refus de la référence, donc de recourir à un professionnel de la santé plus compétent, fait courir aux femmes des risques plus grands. Ainsi, pour le personnel soignant, la césarienne est un acte médical indispensable, qui permet d'alléger la souffrance de la parturiente en situation de complications et de sauver sa vie. Le renoncement aux soins participe de la construction d'une vulnérabilité de long terme, s'inscrivant tout au long de la vie de l'individu.

« *Ces femmes ont tellement peur de la césarienne qu'elles refusent de venir. Parfois, on rencontre des femmes qui ont des complications, surtout les cas d'hémorragie foudroyante sur grossesse, mais qui refusent de se faire opérer, juste par peur de mourir, alors qu'elles courent déjà un grand risque de décès. Vraiment ce n'est pas normal* » (Gynécologue-obstétricienne, CUGO, 48 ans).

Ces propos sont révélateurs de la perception de la CUGO comme lieu, par essence, d'exposition au décès par césarienne.

Les relations difficiles avec le personnel de santé et la qualité perçue des soins

Dans leur majorité, les usagers ont exprimé leur insatisfaction au sujet des relations entretenues avec le personnel soignant de la CUGO. Ces relations s'établissent sur fond d'agressions verbales, d'attitudes jugées trop autoritaires et peu attentionnées.

« *Elles sont très mauvaises, ces sages-femmes. Celle qui m'a suivie en privé a dit qu'à cause de l'anémie, je dois accoucher à la CUGO. Elle m'avait assistée un peu dans la salle avant de repartir. Peu de temps après, j'ai eu des douleurs et je criais ; il y a une sage-femme qui s'est levée pour me dire : « Toi, tu vas te taire ? C'est quoi ton problème ? On veut entendre dans la salle ! »* » (Femme référée d'une clinique privée, fonctionnaire, 34 ans).

Les relations difficiles se traduisent également par le traitement de faveur (écoute attentive, temps consacré, qualité du conseil prodigué...) accordé par les prestataires de soins à certaines femmes au détriment d'autres. Cette attention est restreinte à certaines catégories de patientes. Elle est jugée injuste par les usagers et rend difficile un retour futur de la majorité des femmes vers la CUGO. Pour être encouragé à y aller, il faut avoir développé des affinités avec le personnel soignant. L'extrait suivant est explicite à cet effet.

« *Moi, je ne mettrai plus jamais pied ici. Tu viens à l'hôpital, ceux qui doivent te soigner ne parlent même pas avec toi. J'avais mal, mon mari les suppliait de me prendre,... Ils ont demandé à mon mari d'aller dehors. Au même moment, je voyais une sage-femme qui s'occupait d'une femme enceinte, lui faisant tout. Bien après notre délivrance, cette accouchée m'a confié que la gentillesse de cette sage-femme est achetée* » (Femme référée de l'HOMEL, revendeuse, 35 ans).

La « gentillesse » du personnel de santé n'est donc pas gratuite ; il faut la mériter. Le comportement et les traits de compassion des soignants sont des éléments qui conditionnent l'acceptation des soins. Ainsi, l'accueil et le retard dans la prise en charge, quoique paraissant banals pour le personnel de santé, sont déterminants pour les usagers. Ils sont essentiels pour ces derniers, aussi bien dans le choix thérapeutique, que dans l'assiduité aux rendez-vous et à l'observance du traitement. L'attente est souvent perçue comme longue par les patientes référées, alors que pour les soignants, il importe de s'intéresser d'abord aux cas les plus urgents. Il y a là, un décalage dans l'appréciation de la situation ; et dans un contexte d'insuffisance de communication, les interprétations divergent.

Un autre aspect de cette difficile relation entre le personnel soignant et les parturientes porte sur la délivrance des ordonnances. Les enquêtées y trouvent un excès de zèle, qui se traduit par la prescription des produits pharmaceutiques, qui finalement, ne sont pas utilisés, et qui sont donc inutiles. Pour ces acteurs, la CUGO est un lieu par excellence du trafic de médicaments. Cette perception repose sur l'idée que la délivrance des ordonnances s'opère sans justification médicale réelle. Ainsi, lorsqu'elles en ont la possibilité, les parturientes renoncent aux soins proposés à la CUGO. *A contrario*, certains soignants relativisent la situation, argumentant qu'ils ne bénéficient pas de primes pour les heures supplémentaires, sans compter le manque d'équipements médicaux et la faible possibilité d'acquérir de nouvelles compétences dans les innovations thérapeutiques croissantes. Ces ressentiments peuvent devenir des facteurs de risque pour les travailleurs et l'organisation elle-même ; les conditions de travail influençant la qualité et le rendement au travail. De ce fait, l'environnement dans lequel les employés vivent sur leur lieu de travail, le contenu du travail et ses effets sur la santé et la vie professionnelle et sociale constituent des paramètres qui impactent le bien-être au travail. Ces éléments fondent la construction de la décision des parturientes au sujet de la référence à la CUGO.

Par ailleurs, pour les enquêtées, les conditions d'hospitalisation ne sont pas favorables à une prise en charge

adéquate à la CUGO. Les usagers redoutent les effets iatrogènes des soins et l'exposition à des agents pathogènes, qu'ils lient à la vétusté et à la surcharge de la literie dans les salles d'hospitalisation.

Enfin, les rapports entretenus avec les centres de santé de provenance sont déterminants dans l'accueil et la prise en charge à la CUGO. Des traitements spéciaux en lien avec l'établissement d'origine semblent prévaloir dans cet établissement hospitalier. Les enquêtées évoquent en effet le traitement particulier réservé aux femmes référées de certaines cliniques privées de Cotonou. Elles font part de leur déception tant au niveau de l'accueil que des frais inhérents à la prise en charge.

« *Quand je suis venue, la sage-femme a demandé mon carnet de suivi prénatal. Elle me dit : "c'est cette clinique privée qui vous envoie". Ensuite, elle m'a demandé de rester à côté. [...] Trois autres femmes sont venues après moi ; elles ont été reçues. La sage-femme m'a dit qu'elles sont arrivées sous recommandation d'un hôpital de zone et que c'est différent. Par la suite, j'ai encore dépensé plus que les autres, plein d'analyses faites* » (Femme référée d'une clinique privée, fonctionnaire, 32 ans).

En cela, des liens particuliers prévalent entre la CUGO et certains centres de santé publics, notamment les hôpitaux de zone qui recommandent leurs patients. L'accueil dépend de ce fait des recommandations reçues du lieu de référence. Les « privilégiées » de certaines cliniques privées de la ville de Cotonou, semblent ne pas être les bienvenues à la CUGO.

À ces motifs de renoncement à la référence, s'ajoutent les difficultés financières rencontrées par maintes femmes devant bénéficier de services obstétricaux.

Les barrières financières dans un contexte de gratuité de la césarienne

Pour maints acteurs, être référé à la CUGO est synonyme de dépenses « imprévues et sans fin ».

« *On est toujours obligé de s'endetter avant de quitter cet hôpital* » (Époux de femme référée, couturier, 52 ans).

La préoccupation financière est donc au centre du débat, malgré la gratuité de la césarienne en vigueur au Bénin depuis 2009. Le manque de moyens financiers constitue l'un des principaux facteurs empêchant les référées de bénéficier des soins obstétricaux d'urgence à la CUGO. En effet, les frais de consultation y varient entre 5 000 et 7 000 FCFA contre 600 et 1 000 FCFA dans les centres périphériques ; et le coût d'un accouchement eutocique y est

cinq fois plus élevé. C'est le premier obstacle financier que rencontrent les usagers qui proviennent, dans leur grande majorité, des centres périphériques (cliniques privées, centres de santé publics et hôpitaux de zone de la ville de Cotonou et de ses environs).

À ce propos, voici ce que déclare une sage-femme :

« Les soins, ici, coûtent chers. Pour la césarienne, le kit comporte les consommables pour l'anesthésie et le nécessaire pour opérer la femme. Le reste à la sortie du bloc, la patiente s'en charge » (Sage-femme, CUGO, 45 ans).

Il s'agit de coûts dont les référées pensaient être exemptées du fait de la gratuité de la césarienne, traduisant ainsi une compréhension divergente de la stratégie d'exemption.

« Moi, je suis pauvre et même si j'ai envie d'accoucher ici, je ne peux pas ; car je n'en aurai pas les moyens. Je viens donc ici, payer la consultation de suivi prénatal, et quand le moment viendra pour accoucher, j'irai dans un centre moins cher » (Femme enceinte, ménagère, 32 ans).

Le pouvoir d'achat constitue un obstacle majeur pour l'accessibilité aux soins obstétricaux, un facteur de dissuasion pour les femmes et leurs accompagnants. Plusieurs stratégies sont mises en œuvre pour contourner ces difficultés financières. En général, le mari a recours à des prêts usuraires, ou dans le meilleur des cas, sollicite l'appui financier de proches (parents, amis, collègues...). Le bradage de biens matériels est une stratégie qu'adoptent également les acteurs afin de payer les frais encourus à l'issue de la référence. Enfin, certains maris abandonnent carrément leurs épouses et ne reviennent plus du tout, les laissant ainsi « prisonnières » de l'hôpital.

Dans le même temps, les ménages nantis optent pour les soins obstétricaux délivrés dans les « meilleures » cliniques privées de Cotonou où ces soins sont plus chers.

« Je préfère accoucher dans une clinique privée que d'accoucher à la CUGO ; mon mari a les moyens » (Femme enceinte, fonctionnaire, 29 ans).

Pour celle-ci et bien d'autres, la CUGO n'est pas convenable pour une prise en charge adéquate. Dans ce cas d'espèce, ce centre hospitalier est confronté à une double situation : les plus pauvres n'y ont pas accès en raison des coûts afférents aux soins, et les ménages nantis la dédaignent en raison de la qualité des prestations qu'elle offre. Cette situation traduit la persistance des disparités d'accès, malgré l'instauration de l'exemption des soins obstétricaux.

La distance à parcourir et l'accessibilité géographique

Selon Picheral, l'accessibilité géographique repose sur la notion de distance-temps entre l'usager et la ressource sanitaire, et entre le lieu de résidence et le lieu du service sollicité [18]. Elle constitue un frein à l'accès à la référence vers la CUGO, notamment à travers la distance de provenance qui influence la décision des usagers. La recherche a essayé d'évaluer la distance parcourue par les femmes qui ont accédé à la CUGO. Il ressort que la plupart des référées ont leur domicile situé à plus de 30 km de l'hôpital d'accueil.

Tableau II : Distance moyenne entre le domicile des usagers et la CUGO

Distances moyennes	Effectifs
Moins de 3 km	1
Entre 3 et 10 km	2
Entre 10 et 20 km	4
Entre 20 et 30 km	3
Plus de 30 km	15
Total	25

Source : Enquête de terrain, janvier 2016.

Dans ce cas, le défi majeur est moins la distance entre le centre qui réfère et la CUGO, que celle entre la résidence de la parturiente et la CUGO. En effet, en cas de référence pour urgences obstétricales, il faut également assurer la liaison avec le domicile et mobiliser plusieurs personnes qui doivent se relayer au niveau de l'établissement d'accueil. Ce dispositif suppose d'importants coûts indirects (déplacement, nourriture et entretien des membres de la famille) difficilement supportables par les ménages dont les revenus sont déjà très compromis par les coûts directs (actes, hospitalisation, médicaments, etc.).

La majorité des informateurs ont affirmé que la distance constituait un élément qui influence négativement leur décision. Le coût du transport représente donc une entrave complémentaire dans l'accessibilité à la CUGO.

« Pour moi, le problème c'est la distance. Notre maison est trop éloignée de la CUGO. S'il faut quitter là-bas pour aller à l'hôpital, chaque fois, ça sera très difficile. C'est trop de tracas et d'argent à dépenser » (Époux de femme référée, instituteur, 43 ans).

Dès lors, la proximité est un élément déterminant dans la décision d'accepter la référence. Le moyen de transport

usuel étant l'automobile ou la moto, la distance qui sépare le domicile des usagers de la CUGO constitue une barrière importante.

Discussion

Cette recherche a pour objectif de comprendre les motifs du renoncement à la référence obstétricale à la CUGO. Elle a utilisé une méthode qualitative en raison notamment de la complexité des facteurs influençant l'acceptation de la référence. Il apparaît que le renoncement à la référence obstétricale est manifestement lié à la convergence d'une multitude de facteurs complexes relevant tant de l'accessibilité géographique et financière, que des représentations des femmes et des pratiques du personnel soignant. Dans la logique des résultats de cette recherche, de nombreux travaux en sciences sociales ont examiné la problématique de la référence pour les soins obstétricaux en Afrique. Les auteurs de ces travaux ont démontré comment le suivi de la grossesse et de l'accouchement font l'objet de représentations qui orientent le choix des recours thérapeutiques dans les espaces de soins. Comme la maladie, la grossesse s'inscrit dans un enchaînement temporel et logique d'événements multiples, avec des séquences causales susceptibles d'en modifier le cours [19].

Pour Kutzin et Nyonator, la participation financière, et plus particulièrement le coût des soins, est un obstacle à l'acceptation de la référence obstétricale [4]. Au Bénin, la subvention gouvernementale de cent mille francs CFA retenue officiellement dans le cadre de la politique de la gratuité de la césarienne est suffisante dans les centres de santé périphériques ; elle couvre même le traitement *per os*. Par contre, à la CUGO, les parturientes sont tenues avant l'exéat, de payer un acompte moyen de 65 700 FCFA pour la salle d'hospitalisation, sans compter les frais liés à l'achat d'injectables. Dans la plupart des cas, le faible niveau de revenu et le contexte de pauvreté justifient le renoncement à la référence. Comment accéder aux soins dans ces conditions incompatibles avec l'urgence obstétricale ? Comment faire face au coût du transport en taxi, aux frais des ordonnances, du kit d'accouchement, d'hospitalisation, ainsi qu'aux coûts indirects (alimentation et séjour de la parturiente et des accompagnants dans la structure de soins ou à proximité) ? Le paiement sollicité des usagers de la CUGO est donc une barrière importante à l'accès aux soins pour une grande majorité de la population. Lors des complications obstétricales, les coûts peuvent retarder l'accès aux

soins, parfois même de manière fatale, ou engendrer des dépenses beaucoup plus importantes pour les ménages. Cette situation est révélatrice de l'impact du revenu dans l'accès aux soins de santé en général et aux soins obstétricaux en particulier. Ne pouvant mobiliser la somme nécessaire pour le traitement, maints ménages abandonnent l'idée d'accoucher par référence ou de se rendre d'eux-mêmes à la CUGO.

De même, au titre de motifs de renoncement à la référence, on devra souligner la démesure des injustices, les actes faisant intervenir les relations sociales et la qualité de l'accueil bien décrits par Jaffré et Olivier de Sardan qui ont également souligné diverses pratiques corruptives pour expliquer le renoncement des femmes aux soins [21]. Olivier de Sardan et Bako-Arifari ont, par ailleurs, énuméré la peur de la césarienne autour de laquelle diverses perceptions se sont développées, la pauvreté, l'absence d'information des patientes, la négligence redoutée des agents de santé, l'usage de la référence obstétricale comme menace et la rigidité du système de référence [22]. La femme enceinte perçoit alors la référence obstétricale comme une situation qui conduira à la césarienne et par conséquent, à un « mauvais accouchement ». Le caractère insaisissable de la référence et son association à la mort, à la pathologie, à la peur et à l'incertitude, ont été bien explorés par Bras [23].

Par ailleurs, Gouilhers-Hertig a démontré dans ses travaux que les parturientes sont méfiantes vis-à-vis des risques médicaux encourus lors de l'accouchement [4]. Pour cela, elles considèrent qu'accoucher en dehors de l'hôpital peut constituer une protection contre de tels risques. « Elles ont une certaine méfiance de l'univers hospitalier qui ne serait pas uniquement gouverné par les risques. Dans leur raisonnement actif pour gérer leurs risques en accouchant à domicile, elles tentent d'objectiver leur risque médical ». Cette situation pourrait se traduire par l'absence de communication entre le personnel de santé et les parturientes autour de la référence. Elle peut être analysée comme une incompétence communicationnelle des professionnels de la santé. Elle a déjà été décrite par Hounghinihin qui a montré que, dans le cadre de la prise en charge du paludisme pendant la grossesse, les femmes enceintes n'étaient pas renseignées sur l'utilité du médicament proposé (la sulfadoxine pyriméthamine), de même que sur ses effets secondaires [10]. Le manque d'information ou la faible qualité de l'information détenue contribue grandement au renoncement aux soins. Il constitue un frein à la bonne compréhension de la stratégie et a une influence directe sur la propension des femmes enceintes à observer les recommandations formulées.

Un autre aspect qui a émergé de la recherche est relatif à l'incapacité du personnel soignant de la structure sanitaire de provenance à prendre en charge certains cas de grossesse ou d'accouchement. Cette appréhension est conforme aux prescriptions médicales selon lesquelles la référence est liée à la compétence du personnel soignant, et s'opère dans les cas où le plateau technique est défaillant [7]. Cependant, le niveau des services de soins ne relève pas seulement de la compétence ou de l'incompétence du personnel soignant. En effet, la « Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin » réalisée en 2014 insiste également sur le nombre élevé de cas d'évacuation sanitaire dû à un plateau technique incomplet et insuffisant [24].

Enfin, Picheral a révélé que le renoncement à la référence est purement géographique, induisant la notion de « distance - temps », qui se rapporte à la mobilité des malades selon des moyens de transport variés [18]. Au-delà de cette forme de distance, il y a aussi la distance socio-culturelle qui met en évidence l'écart de croyance entre l'offreur et le demandeur [25]. Dans cette perspective, Gouilhers-Hertig distingue deux enjeux majeurs : le « renoncement-barrière » et le « renoncement-refus » [4]. La première forme de renoncement se rapporte à un ensemble de contraintes (budgétaires, efficacité perçue des soins, organisation de l'offre de soins...) qui empêchent d'accéder au soin désiré. La deuxième forme est l'expression d'un refus en lien avec le sentiment d'une inutilité des soins. Dans le cas spécifique de la CUGO, le « renoncement-barrière » semble particulièrement déterminant dans l'accès des femmes aux urgences obstétricales.

Conclusion

On constate que la problématique du renoncement aux soins obstétricaux d'urgence à la CUGO est fondée sur des logiques sociales, organisationnelles, géographiques, économiques et culturelles. Elle fait intervenir plusieurs acteurs ayant différents types de savoirs et de logiques. La perception des soins est liée, de façon générale, aux conditions entourant la délivrance desdits soins à la CUGO. Il s'agit de la perception de l'accessibilité (coûts jugés prohibitifs, relations entre patientes et soignants et distance de provenance) et des représentations sociales liées à la CUGO.

Des déterminants endogènes, comme la peur de la césarienne, la perception du risque lié à la mort, des maladies post-partum et de la qualité des soins, impactent de manière

significative, la référence des femmes. Enfin, le contexte social qui entoure la prise de décision des ménages ou des femmes détermine aussi l'acceptation ou non de la référence à la CUGO.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

Références

1. Hounghinin R, Tingbé-Azalou A, Fourn E. Participation communautaire et gestion des services de santé : perceptions et stratégies des acteurs dans la zone sanitaire de Comè (Bénin). *Revue Perspectives & Société*. 2013;V(1 et 2) 228-45.
2. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision (CIM – 10, édition 2008), volume 2. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2009. 234 p.
3. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2010. 144 p.
4. Gouilhers-Hertig S. Vers une culture du risque personnalisée : choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*. 2014;(29):101-19.
5. Ministère de la santé. Annuaire des statistiques sanitaires 2010. Cotonou : Direction de la programmation et de la prospective ; 2011. 232 p.
6. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2012. 69 p.
7. Ministère de la santé. Document de stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Cotonou : Direction de la santé de la mère et de l'enfant ; 2015. 72 p.
8. Ministère de la santé. Annuaire des statistiques sanitaires 2014. Cotonou : Direction de la programmation et de la prospective ; 2015. 220 p.
9. Hounghinin R. Écart entre recommandations officielles et pratiques effectives : éléments d'analyse de l'automédication en cas de fièvre en milieu rural à Dassa-Zoumé (Bénin). In : Baxerres C, Guienne V, Hounghinin R, Marquis C. L'automédication et ses déterminants. Nantes (France) : Centre nantais de sociologie ; 2015;205-12 (<http://automed.hypotheses.org>).
10. Hounghinin R. Automédication et femme enceinte : logiques et pratiques de prise en charge du « palu » au cours de la grossesse en milieu semi-urbain au Bénin. In : Baxerres C, Guienne V, Marquis C. L'automédication en question : un bricolage socialement et territorialement situé. Nantes (France) : Centre nantais de sociologie ; 2016;181-8 (sciencesconf.org/automedication:90494).
11. Perrin R. Le système de référence et de contre référence dans les maternités : SAMU obstétrical ? Rapport d'études. Cotonou : Université d'Abomey-Calavi ; 2013. 32 p.
12. Foucault M. L'ordre du discours. Paris : Gallimard ; 1971. 88 p.

13. Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO). Statistiques sanitaires 2015. Cotonou : Service de la statistique ; 2016. 148 p.
14. Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve : Bruylant-Academia ; 2008. 365 p.
15. Institut national de la statistique et de l'analyse économique. Quatrième recensement général de la population et de l'habitation. Cotonou : Institut national de la statistique et de l'analyse économique ; 2013. 428 p.
16. Laville V, Trombert B, Fernandez M, Charles R. La distance entre domicile du patient et laboratoire influence-t-elle le suivi biologique du diabète ? Santé publique. 2016;28(5):633-40.
17. David PM. La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? Socio-logos. Revue de l'Association française de sociologie. 2011;(6):1-10. [Mis en ligne le 18 mai 2011, consulté le 28 mars 2014. URL : [http:// Socio-Logos.Revues.Org/2550](http://Socio-Logos.Revues.Org/2550).
18. Picheral H. Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Montpellier : Université Montpellier 3 – Paul Valéry ; 2001. 308 p.
19. Fainzang S. Entre pratiques symboliques et recours thérapeutiques. Les problématiques d'un itinéraire de recherche. Revue Anthropolitica. 2004;(15):20-38.
20. Kutzin J et Nyonator M. Health for some? The effects of user fees in the Volta region of Ghana. In : Audibert M, Mathonnat J, de Roodenbeke E. Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. Paris : Karthala ; 2003;97-118.
21. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (dir.). Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris : APAD, Karthala (« Hommes et sociétés ») ; 2003. 449 p.
22. Olivier de Sardan JP, Bako-Arifari N. La référence obstétricale au Bénin. Étude socio-anthropologique. Études et travaux n° 93. Niamey : Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local (Niger) ; 2011. 34 p.
23. Bras C. Regard sur la césarienne : témoignage de femmes originaires de l'Afrique subsaharienne. Mémoire. Département des études de sage-femme : Centre hospitalier et universitaire de Rouen ; 2011. 102 p.
24. Ministère de la santé. Revue rapide de la stratégie nationale pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin. Rapport de synthèse. Cotonou : Ministère de la santé ; 2014. 56 p.
25. Bonnet P. Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : étude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé. Dossier de DEA GEOS : Université Paul Valéry, Montpellier 3 ; 2002. 25 p.