



RESILIENCE DU SYSTEME D'ACCÈS AUX SOINS DES GESTANTES A COTONOU EN PERIODE DE PANDEMIE COVID-19

RESILIENCE OF THE SYSTEM OF ACCESS TO HEALTHCARE FOR PREGNANT WOMEN IN COTONOU DURING THE PERIOD OF THE COVID-19 PANDEMIC

¹ ADABRA Adjowa Jacqueline et ²TINGBE-AZALOU Albert

¹ Doctorante en Sociologie de développement, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, jadabra3@gmail.com

² Professeur Titulaire des universités du CAMES, Sociologue-Anthropologue, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, blenu2013@hotmail.com

ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert, Résilience du système d'accès aux soins des gestantes à Cotonou en période de pandémie COVID-19, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 133-146, [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Décembre 2020, consulté le 2021-01-11 07:17:50, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=133>

Résumé

La pandémie de la COVID-19 a eu d'impact sur les systèmes de santé dans le mondial, et au Bénin en particulier. La présente étude vise à déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou, par l'enquête descriptive transversale. Ainsi la méthode non-probabiliste par choix raisonné a été appliquée pour l'échantillonnage aboutissant à 198 enquêtés (133 prestataires et de 65 gestantes). La nature de la recherche est mixte et les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'entretien individuel et

l'observation qui ont produit les résultats suivants : dans le circuit d'accueil, le dispositif de lavage des mains est imposé aux gestantes de même que le port de masques (100%). Les agents de la guérite sont impliqués activement dans le dispositif d'accueil. Il a été observé chez les soignants, le changement régulier de matériels de PPI (48,87%) et le rituel de lavage régulier des mains (74,44%) quelque fois le port de surblouse (19,55%).

Mots clés : Résilience, COVID-19, gestante, mesure barrière, Bénin

Abstract

The COVID-19 pandemic has had an impact on health systems globally, and in Benin in particular. This study aims to determine the manifestations of the resilience of the system of access to care for pregnant women during the COVID-19 pandemic in Cotonou, through a cross-sectional descriptive survey. Thus the probabilistic method by reasoned choice was applied for the sampling of 198 respondents (133 providers and 65 pregnant women). The nature of the research was mixed and the techniques used were documentary research, individual interviews and observation, which produced the following results: in the reception circuit, hand

washing was imposed on pregnant women, as was the wearing of masks (100%). The guards at the guardhouse are actively involved in the reception system. It was observed among the carers that they regularly change PPI equipment (48.87%) and the regular hand washing ritual (74.44%), sometimes wearing a smock (19.55%).

Key words: Resilience, COVID-19, pregnancy, barrier measure, Benin

INTRODUCTION

La plupart des décès maternels auraient pu être évités si les femmes ou adolescentes avaient eu accès à des soins prénatals de qualité (OMS, 2016, p 11). Diverses études telles que initiées par l'OMS prouvent que les soins prénatals sont aussi efficaces pour réduire la mortalité et la morbidité fœtale. Mais ces soins sont délivrés lors des consultations faites dans le respect des normes et recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016, p 6). Alors, dans les structures hospitalières mises en place par l'Etat pour assurer ses fonctions régaliennes, le système d'accès aux soins selon l'organisation pour le travail, permet à la gestante de bénéficier des prises en charge de sa grossesse afin d'aboutir à un accouchement heureux et sécurisé. Soigner est un acte éthique et politique qui se réalise quoi qu'en soient le lieu et le moment (MS, 2015, p 8). En ce temps de pandémie de COVID-19, il est noté plusieurs changements dans l'organisation de l'accès aux soins des gestantes et dans les pratiques du personnel soignant. Car « en effet, sous sa forme endémique, la maladie requiert même une organisation politique plus importante mais aussi et surtout engendre des dynamiques complexes dans le corps social » (A.B. Imorou, 2020, p.7). Cet aspect se trouve plus poussé et surtout contraignant lorsque c'est le monde entier qui est concerné avec des ajustements et de réglementations qui viennent du système des nations-unies comme "parole d'évangile". L'auteur continue dans le même sens en disant

que la maladie « a engendré des actions publiques sanitaires d'urgence largement organisées par le besoin de riposte à cette attaque dont le corps social est victime » (A. B. Imorou, 2020, p.11). Pour subjuguier la nouvelle pandémie de COVID-19 causée par la souche SARS-CoV-2 détectée en Chine en décembre 2019 (OMS,2019, p 2), apparue depuis le 16 / 03 / 2020 au Bénin, bien d'attitudes, d'opinions et de pratiques se nourrissent de l'évolutivité de la propagation de cette pandémie. En effet, les chiffres de certains pays de l'Afrique Occidentale comme le Nigéria (2789 cas), le Ghana (21968 cas), la Côte d'Ivoire (11194 cas) et au Bénin (1694) témoignent que la COVID-19 est une menace qui progresse à la vitesse de fusée de manière imposante fulgurante (OMS, 2020, p 5). Cette coercition induit une adaptation dans le mode de vie politique, social, économique, culturel et sanitaire en particulier. L'observation de confinement s'oppose à l'obligation de suivi de grossesse des gestantes. C'est un contraste qui pousse tous les acteurs du système sanitaire à adopter un mode de résilience pour se mettre à l'abri de la COVID-19 et assurer la continuité de soins. La santé de la mère et de l'enfant étant une priorité pour le développement d'un pays, il est capital de déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou, plus spécifiquement décrire la résilience structurelle du système pour la prévention de COVID-19 au cours de l'accès aux soins des gestantes et détecter les résiliences individuelles dans l'accès aux soins des gestantes au cours de cette pandémie de COVID-19. Cela permettra de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'organisation structurelle mise en place démontre la résilience du système d'accès aux soins des gestantes face à la pandémie.

1. METHODOLOGIE

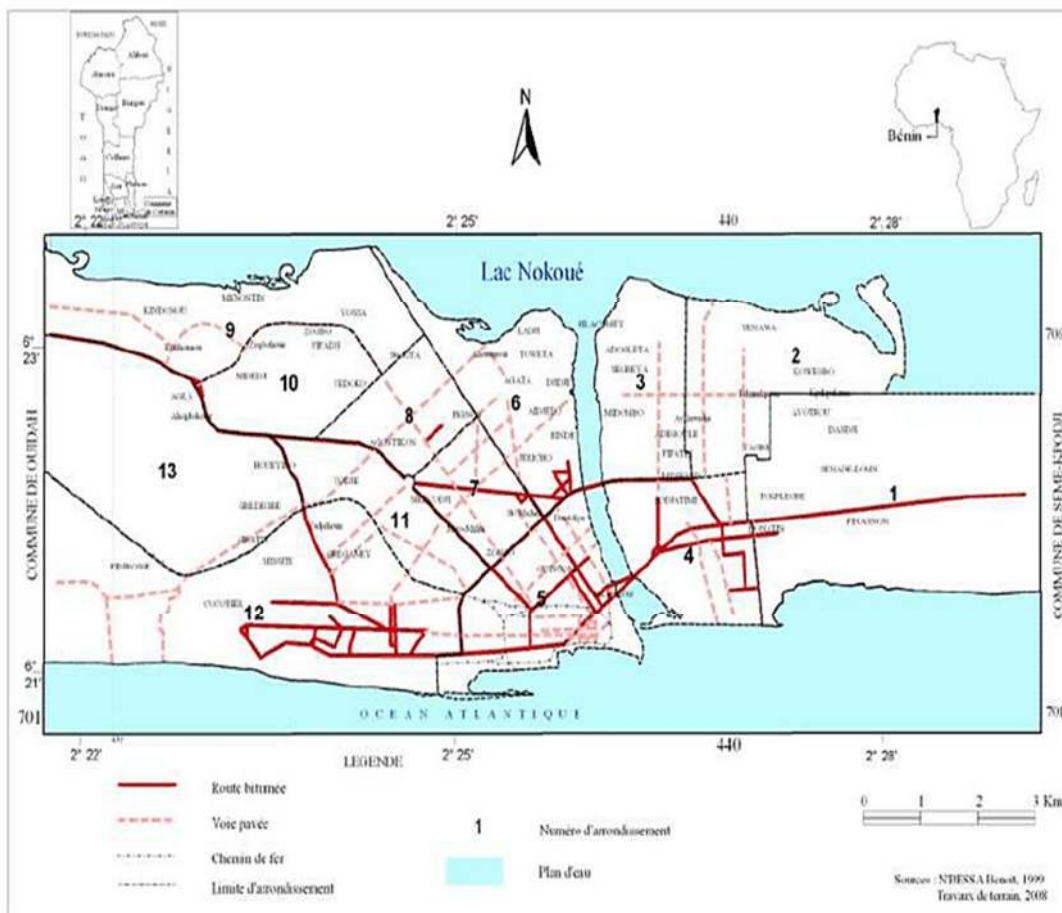
1.1. Cadre d'étude

La recherche concerne quelques structures sanitaires de Cotonou (Carte n°1) qui est l'unique

commune du département du Littoral et la plus touchée par la pandémie de COVID-19. Elle est composée de 13 arrondissements et compte quatre zones sanitaire (Cotonou 1 et 4 ; 2 et 3 ; 5 ; 6). Ces zones comportent toute catégorie d'hôpitaux (publics, privés et confessionnels). La population du département du littoral recensée en 2013 est portée à 679012 habitants (INSAE, 2013, RGPH-4, p.4). N'ayant plus d'espace pour se développer démographiquement, les villes limitrophes d'Abomey-Calavi, de Sèmè-Podji et de Ouidah deviennent les villes dortoirs. Il faut signaler que le premier cas de COVID-19 a été notifié à Cotonou le 16 mars 2020. En plus, la

propagation de la pandémie est majoritairement concentrée dans Cotonou et Abomey-Calavi, deux communes contigües dont le flux des personnes est très important. Ce qui justifie l'espace territorial du cordon sanitaire lié à cette pandémie au début de sa gestion. La recherche s'est intéressée à trois hôpitaux des trois premières zones sanitaires (1&4, 2&3 et 5) : Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru-Lere (CHUZ/SL), Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL) et l'hôpital confessionnel Bethesda.

Carte n°1 : Localisation des lieux de recherche sur la carte de Cotonou



Source : S-C HOUSSOU, Septembre 2013, complété par des flèches (ADABRA)

1.2. Techniques et outils

La présente recherche qui s'est déroulée de 16 juillet au 03 septembre 2020, est une enquête descriptive transversale et la méthode non-

probabiliste couplée au choix raisonné a été appliquée pour l'échantillonnage accidentel (tous les acteurs concernés se trouvant sur les lieux au moment de l'enquête). Ainsi, l'échantillon est composé de 133 prestataires et de 65 gestantes (Tableau n°1) trouvés sur les lieux lors de l'enquête. Les données collectées sont à la fois qualitatives et quantitatives. Les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'administration du questionnaire, l'entretien individuel et l'observation. Les outils d'investigation ont été respectivement la fiche de lecture pour la recherche documentaire auprès des structures, institutions et sur internet, le questionnaire adressé à l'endroit des prestataires, le guide d'entretien aux gestantes et la grille d'observation a servi de toucher du doigt les pratiques et l'existence du dispositif afin de détecter les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins face à la pandémie

Tableau n°1 : Composition des enquêtés

Cibles	Effectifs	Outils
Prestataires	133	Questionnaires
Aides-Soignantes	38	
Gynécologues	18	
Sages-Femmes	75	
Gestantes	65	Guide d'entretien
Total	198	

Source : ADABRA, 2020

1.3. Traitement et analyse des données

Les données collectées ont subi un dépouillement manuel majoritairement, et à l'aide du logiciel épi info version 3.5.4, une analyse descriptive des données a été réalisée. Les résultats sont présentés sous la forme de tableaux, graphiques ou figures, précédés de leurs interprétations et verbatims.

2. RESULTATS

2.1. Résilience structurelle

Cette partie concerne les politiques et stratégies de mise en œuvre de la riposte et la prévention de la pandémie en milieu hospitalier en particulier l'organisation mise en place et la fourniture des intrants en dehors de dépistages réguliers du personnel.

2.1.1. Description de l'organisation mise en place en cette période de COVID-19 : dispositif d'accueil des gestantes

Au cours de l'enquête, il est remarqué que les femmes enceintes qui ont recours aux services hospitaliers à Cotonou, doivent remplir quelques conditions d'accès avant de demander tout renseignement aux agents de sécurité de la guérite. C'est ce qui ressort des propos des gestantes respectivement (E1) : « Tout renseignement se demande à la guérite » et (E16) : « si tu ne suis pas ce que disent les agents de sécurité, tu ne vas pas rentrer dans l'hôpital ». Elles sont obligées de porter le masque en premier et de se soumettre au rituel de lavage des mains (Photo n°1 et n°2). Puis, ces agents les orientent vers la caisse principale. A ce niveau, elles portent impérativement et correctement leur masque tout en respectant surtout la distanciation d'au moins un mètre, et sont soumises à un interrogatoire qui oriente l'agent de caisse dans ses prestations surtout de catégorisation des gestantes. Ainsi l'exprime (E25) : « si tu ne portes pas de masque, l'agent de caisse ne va pas te regarder. Et elle (la dame de la caisse) nous crie dessus si on n'est pas à un mètre du guichet ». Au CHU-MEL, par exemple elles peuvent ainsi être classées soit parmi les grossesses normales, soit celles à risque ou pathologiques ou carrément celles qui doivent bénéficier d'une consultation privée d'un médecin. Tandis qu'au CHUZ/SL et Bethesda, elles sont classées selon le type de prestataire. Au sein de ces hôpitaux, ce classement, ces hôpitaux, se fait surtout au

niveau du service d'accueil tout en spécifiant le montant à payer et indiquant le service au patient. Ensuite, elles se dirigent vers le service de consultation-mère appelé couramment « CPN » où elles doivent respecter scrupuleusement le lavage des mains, le port correct de masque et la distanciation. Mais au CHUZ/SL, le respect de la distanciation pose problème car c'est le couloir de chaque service qui sert de lieu d'accueil et salle d'attente où les patients s'en vont s'asseoir après avoir remis leur carnet (Photo n°4). Par ailleurs, c'est dans la salle d'attente qu'on trouve des agents chargés du recueil des informations personnelles obligatoires pour le remplissage du dossier médical pour celles qui sont venues pour la première fois. Après quoi, ces dernières rejoignent leur siège pour attendre leur admission par le soignant examinateur proprement dit dans le cas du CHU-MEL et Bethesda. Certains résultats sont aussi lus et expliqués à cet endroit. Au deuxième endroit, il est disposé deux bancs et une table au milieu où les anciennes gestantes déposent leur carnet et quittance puis s'en vont s'asseoir dans le hall. Ce deuxième endroit est animé par les aides-soignantes (AS) qui sont chargées de trier les

dossiers par catégorie et les classer selon l'heure de paiement à la caisse. Ces agents de la salle d'attente portent de surblouse et veillent à ce que la distanciation soit observée dans le hall. Après un délai d'attente, elles sont appelées dans l'une des salles de consultation pour être écoutées, examinées, conseillées et prises en charge selon le diagnostic posé, et au besoin, avoir les bulletins des examens biologiques et radiologiques complémentaires (Photo n°3). Enfin, elles peuvent rentrer chez elles ou être orientées vers le service de la vaccination ou des urgences selon le cas tout en respectant ces mesures barrières. Une gestante du Centre Hospitalier Universitaire de Zone de Suru-Lere (E44) a dit : « on nous dit de rester à un mètre l'un de l'autre, malgré que ce soit dans les couloirs debout et entasser qu'on attend son tour de consultation ». Il faut noter que l'inconfort règne dans ces couloirs entassés de monde et l'insuffisance de sièges qui fait que d'autres sont obligés de s'asseoir par terre et de rester debout les uns collés aux autres. Un dispositif de lavage des mains est mis entre le CIPEC et la maternité (Photo n°5)

Photo n°1 : Lavage des mains



Source : Enquêtes de terrain, CHU-MEL, 2020

Photo n°2 : Accès à la guérite



Source : Enquêtes de terrain CHUZ/SL, 2020

Photo n°3 : Agents en surblouse



Source : Enquêtes de terrain, CHU-MEL, 2020

Photo n°4 : Maternité



Source : Enquêtes de terrain, CHUZ/SL, 2020

Photo n°5 : Entre CIPEC et Maternité



Source : Enquêtes de terrain, CHUZ/SL, 2020

2.1.2. Disponibilité des matériels de prévention de la propagation de la pandémie

La riposte à la pandémie de COVID-19 exige des mesures dites barrières. Il y a donc nécessité d'utilisation de certains matériels souvent appelés équipement de protection individuelle (EPI) et associée au rituel de lavage des mains couplé à une distanciation sociale d'au moins un mètre sans oublier la désinfection régulière des instruments, objets et salles. Les matériels dont le personnel soignant a bénéficié sont répertoriés dans le tableau n°2. Tous les enquêtés ont reçu du gel hydroalcoolique, de coiffe ou calot, de masque facial, de gant et de dispositif de lavage des mains (100%) tandis que 26 enquêtés, soit 19,55%, ont bénéficié de surblouse.

Tableau n° 2 : Répartition du personnel soignant enquêté bénéficiaire de Matériels offerts

Matériels	Effectifs
Gel hydroalcoolique	133
Dispositif de lavage des mains	133
Coiffe	133
Lunette de protection	07
Masque	133
Tablier	81
Surblouse	26
Gants	133
Bottes	81

Source : Données de terrain, 2020

2.2. Manifestations de la résilience individuelle

2.2.1. Connaissances des sources de propagation de la maladie

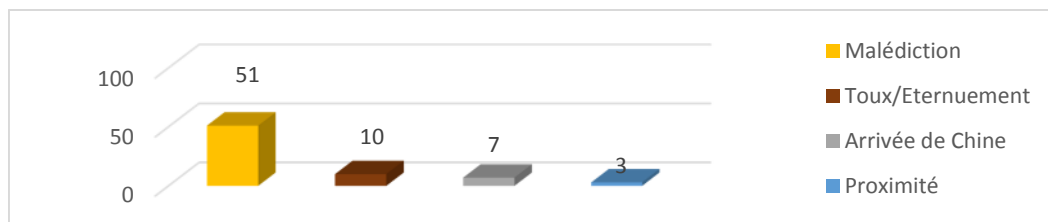
Source : Données de terrain, 2020

Le tableau n°3 montre que selon tous les soignants enquêtés, les conditions d'exposition sont : l'échange de monnaie, de carnet, le toucher du poignet des portes, les blouses souillées. Par contre, pour 91,73% c'est la salle d'attente exigüe et non aérée, d'autres ce sont les personnes infectées (38,35%) et la toux ou l'éternuement (42,11%). Par ailleurs, il y a la sous information du personnel avérée. En effet, seulement 12,78% des soignants ont été formés sur la COVID-19.

Tableau n°3 : Répartition des soignants selon la connaissance des conditions d'exposition à COVID-19

Conditions d'exposition	Effectif	%
Monnaie	133	100,00
Carnet	133	100,00
Poignet des portes	133	100,00
Blouse du soignant	133	100,00
Salle d'attente exigüe	122	91,73
Personne infectées	51	38,35
Personnes asymptomatiques	133	100,00
Toux/éternuement	56	42,11

Graphique n°1 : Répartition des gestantes selon leur connaissance de condition de contamination



Source : Données de terrain, 2020

Malgré le faible nombre d'agents formés (tableau n°4), presque la totalité est informée des moyens de prévention contre la COVID-19 soit par le rappel des responsables des services, soit par les médias et surtout les réseaux sociaux.

Tableau n°4 : Répartition des soignants selon la formation sur COVID-19

Formation sur COVID-19		
Formés	17	12,78
Non formés	116	87,22
Total	133	100,00

Source : Données de terrain, 2020

Chez les gestantes par contre, selon le graphique n°1, ce serait une malédiction des dieux qui s'abat sur les gens surtout "les blancs". De ce fait, il y a un déni de la pandémie en Afrique dans la majorité des cas (51 sur 65 enquêtées). Cependant, dix parmi elles ont déclaré avoir entendu que la toux et l'éternuement peuvent être sources de contamination, sept ont dit que ce sont les voyageurs revenant de la Chine surtout, et trois seulement ont reconnu la proximité comme condition d'exposition à la maladie.

2.2.2. Appropriation individuelle des mesures barrières par les soignants

Ce tableau n°5 montre le nombre de soignants qui respectent les mesures barrières. Il affiche aussi le degré d'application de ces mesures. Il ressort que 90,98% des enquêtés se lavent parfois

les mains et seulement 7,52% se lavent toujours les mains. Tous les soignants enquêtés portent toujours la coiffe tandis que la lunette de protection n'est jamais portée (100%). Il a été toujours constaté le port de masque ou bavette par 97,00%, de tablier par 89,47%, surblouse par 58,65%, les gants par 98,50%. Mais les bottes ne sont jamais portées par 95,49% des enquêtés

Tableau n°5 : Répartition des soignants selon l'application des mesures barrières

Modalité	Jamais		Parfois		Toujours		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Lavage des mains	2	1,50	121	90,98	10	7,52	133	100
Port de coiffé	0		0		133	100		
Port de lunette de protection	133	100	0		0			
Port de masque	0		4	3,00	129	97,00		
Port de tablier	0		14	10,53	119	89,47		
Port surblouse	44	33,08	11	8,27	78	58,65		
Port de Gants	0		2	1,50	131	98,50		
Port de bottes	127	95,49	6	4,51	0	0,00		

Source : Données de terrain, 2020

Le tableau n°6 ci-dessous met en exergue les raisons évoquées par les soignants à l'utilisation partielle de matériel. Il présente ses raisons en fonction de l'insuffisance de dotation, du port de lunette optique et l'inconfort. Les enquêtés justifient leur utilisation partielle du matériel de protection individuelle à la dotation insuffisante de gants stériles (94,74%), de masques de protection (100%), de tabliers ou de surblouses (100%), au port de verres optiques (19,55%), à l'inconfort lors de l'utilisation de ces matériels (50,38%).

Tableau n°6 : Répartition selon les raisons d'utilisation partielle de matériel de protection

Modalité	Effectif	%
Dotation insuffisante de :		
Gants stériles	126	94,74
Masques de protection	133	100,00
Tabliers ou de surblouses	133	100,00
Port de lunette optique	26	19,55
Inconfort lors de l'utilisation	67	50,38

Source : Données de terrain, 2020

Les effets induits de la pandémie constatés au niveau des soignants sont décrits dans le tableau n°7. Cela permet de constater comment

le système d'accès aux soins des gestantes s'adapte au contexte par l'application des mesures barrières. Le port de masque et la distanciation sociale exigés ont entraîné chez 90,23% des soignants, une élévation de la voix au cours de la communication interpersonnelle avec la gestante. Aussi, il a fallu des changements réguliers de matériels de l'EPI (48,87% pour surblouse et 100% pour les gants). Néanmoins, la peur d'une contamination hospitalière (100%) engendrant une augmentation de la déshumanisation des soins (75,94%) a été observée. Cependant, le lavage régulier des mains qui est le moyen le plus sûr de prévention n'a été effectif que chez 74,44%. Quel que soit la situation, il y a eu l'assurance continue des soins aux gestantes sauf au CHU-MEL où il y avait eu 15 jours de cessation d'admission de gestantes aux urgences/accouchement pour cause d'une contamination d'un prestataire conduisant à la mise en quarantaine de plus de la moitié du personnel du sous-secteur de prise en charge (mais avant la période d'enquêtes).

Tableau n°7 : Induits de la pandémie de COVID-19 chez les soignants

Modalité	Effectif	%
Élévation de la voix du soignant	120	90,23
Changement de matériels de EPI	65	48,87
Peur de contamination	133	100,00
Déshumanisation des soins	101	75,94
Lavage régulier des mains	99	74,44

Source : Données du terrain, 2020

2.2.3. Adaptation des gestantes au contexte de COVID-19 en milieu hospitalier

Tandis que l'obligation de se faire soigner pour le bien-être de son bébé et soi-même constitue une pression psychologique aux gestantes, le tableau n°8 montre quelques aspects difficiles créés par les mesures de riposte : ce sont la diminution de confiance chez 81,54% des gestantes, réserve des gestantes (44,62%), l'élévation de la voix et le manque de solidarité (100%) et carrément le déni de COVID-19 chez 66,15%.

Tableau n°8 : Effets de l'existence de la COVID-19 chez les gestantes en milieu hospitalier

Modalité	Effectif	%
Diminution de confiance	53	81,54
Élévation de la voix	65	
Réserve des gestantes	29	44,62
Réticence des gestantes	5	7,69
Manque de solidarité	65	100,00
Déni de COVID-19	43	66,15

Source : Données du terrain, 2020

Ces différentes réponses et divers constats de l'enquête renvoient à une approfondie pour comprendre la situation.

3. DISCUSSION

Pour faciliter l'accès aux soins, il y a eu la mise en place du dispositif de lavage des mains, la distanciation d'au moins un mètre et le port de masque qui sont imposés à tous les usagers/clients et aux prestataires de soins. En particulier, les prestataires bénéficient de matériels de protection, et la plupart des mesures barrières font parties de leurs attributs. Mais, pour des raisons propres, les prestataires développent d'autres attitudes qui engendrent plusieurs comportements et appréhensions aux niveaux des gestantes. De même, l'application des mesures barrières dans ces structures sanitaires est confrontée à d'énormes difficultés. Alors, de ce qui précède, il découle deux dimensions d'analyses. La première concerne la pratique de l'asepsie dans le milieu sanitaire et le second conduit à apprécier les difficultés liées à l'application des mesures barrières spécifiques à la COVID-19.

3.1. Laxisme dans l'asepsie hospitalière à l'épreuve de la COVID-19

L'asepsie hospitalière repose en général sur trois piliers dont le premier est constitué de l'utilisation des matériels de protection personnels devant couvrir tout le corps à savoir la tête, les oreilles, les yeux, le visage, les voies respiratoires, le corps (tronc), les bras et les jambes. Ce sont : blouse, coiffe chirurgicale, bottes ou chaussures de sécurité, gants, lunettes, tablier et bavette médicale. Le deuxième concerne l'usage des produits antiseptiques et de procédés de stérilisation. Enfin, le dernier

comporte les gestes précis à poser à savoir le lavage des mains, le port des équipements de protection individuelle selon la règle de l'art de soigner pour éviter la contamination de l'environnement et des personnes au sein de la formation sanitaire communément appelée contamination nosocomiale. Il est à constater que ces mesures, complétées avec la distanciation de sécurité sanitaire d'au moins un mètre, constituent actuellement les mesures barrières contre la COVID-19. Or ces pratiques faisant parties des procédures d'octroi de soins habituelles ne sont pas parfois respectées par plusieurs soignants. C'est ainsi que la première mesure qu'est le lavage des mains est toujours respecté par seulement 7,52% des enquêtés parmi lesquels on note des sages-femmes, des gynécologues et aides-soignantes alors que ce rituel n'est pas nouveau. En effet, logiquement les prestataires de soins devraient être les premiers à respecter et à faire respecter ces mesures barrières car « ce qui est sûr, l'être humain aussi est responsable de ce qui arrive aujourd'hui » (V. A. Tcheffa, 2020, p.33).

Ces mesures barrières s'observent pour atteindre les trois buts suivants : supprimer ou réduire les risques à la source, mettre en place des mesures et donner des consignes appropriées aux salariés/usagers. Mais l'individualisme dont fait preuve le soignant par peur d'être contaminé, rend complexe l'accès aux soins de qualité. Il faut noter avec F. Azalou-Tingbé que le brassage humain accélère la contagion, si bien que l'extension de la présente épidémie a été presque immédiatement internationale, voire mondiale, malgré les efforts des autorités chinoises pour l'endiguer (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.52). Toutefois, les dispositions antérieures accentuées par les nouvelles, permettent déjà aux soignants d'être hors de contamination. Malgré ces normes protectrices, le laxisme des soignants dans la

pratique, a engendré l'effet inverse qu'est la propagation de la pandémie dans leur environnement. Aussi, au niveau des gestantes, cette situation crée la réticence, le manque de confiance, et le déni de la pandémie à cause d'espace exigü qui sert de salle d'attente dans la plupart des centres sanitaires. Alors que la mobilité, le voyage et la proximité sont les canaux de sa propagation. C'est en cela F. Azalou-Tingbé voit que l'espace public est devenu une source de menaces graves, et le repli individualiste promu (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.53). Aujourd'hui, les comportements des soignants dans la gestion de cette organisation mise en place pour l'accès aux soins des gestantes engendrent la peur de fréquenter les formations sanitaires. Ce repli individualiste joue sur l'habitus au niveau professionnel que social. Sur le plan social, la COVID-19 a engendré une fracture à travers la fragilisation de la solidarité entre les pays et les humains (I. Agbannoussou, 2020, p.121).

3.2. Le poids des mesures barrières dans la prise en charge

La pandémie qui attaque le monde, crée la méfiance au sein des communautés, car tout individu est suspecté de vecteur de transmission de la maladie. Provenant d'un autre pays, son arrivée au Bénin a surpris la communauté et a montré que c'est une maladie qui se transmet à travers le voyage et le déplacement. L'auteur continue en disant que : « ainsi, pour accoucher d'une entité telle qu'un virus, il n'y a que les trois dimensions de la vie à savoir : l'esprit, l'âme et le corps réunis. Tout ceci évoque la problématique des comportements, de l'influence du milieu de vie et du nom » (M. S. Adoho, 2020, p.47). C'est-à-dire que l'influence du milieu de vie et le nom du virus amènent les

individus à adopter plusieurs comportements à la maison et au service. De même, pour le bien-être de toutes les gestantes à Cotonou, il est mis en place une organisation pour la prévention contre COVID-19 au cours de l'accès aux soins. Ce qui est important dans cette organisation, ce sont le lavage des mains, le port de masque, la distanciation d'au moins un mètre à observer par tout le monde et le port du surblouse, des bottes et des gants pour les prestataires de soins. En se référant à Parsons cité par Loubet, la situation sanitaire pourrait s'apprécier, dans un « contexte biologique, celui de l'organisme neurophysiologique avec ses besoins et ses exigences, le contexte psychique [...], le contexte social [...], le contexte culturel » (J-L Loubet Del Bayle, 2000, p.366). Il revient d'apprécier la structure par rapport à son organisation à s'adapter à toute situation en mettant les moyens matériels, financiers à disposition et la disponibilité du personnel. A titre d'exemple, les maladies émergentes de l'histoire de l'humanité (peste de Justinien, VIe au milieu du VIIIe siècle, peste noire XIVe siècle, ou plus récemment grippe espagnole) se sont propagées sur de très longues distances, en empruntant les parcours migratoires, commerciaux (M. Signoli, 2018) et de proximité. Dans ce sens, les épidémies apparaissent comme de véritables marqueurs des dynamiques sociales, économiques et migratoires observées à l'échelle du globe (F. Azalou-Tingbé, 2020, p.52). Aussi, selon M. Bio Imorou (2020, p.42), « en nous référant au COVID-19, nous pouvons affirmer que le monde est en train de traverser une crise sanitaire qui affectera tous les continents en général, mais surtout les grandes puissances (...) en particulier, sur les plans économique, social, politique, environnemental, culturel et technologique ». Ce qui interpelle tous les paliers de développement (G. Gurvich, 1968,

p 117). Alors, il y a nécessité d'une bonne préparation, une proactivité en matière de politique, stratégie et de mobilisation des ressources pour une meilleure organisation de la gestion de ce genre de crise. Or la vitesse de propagation du virus dépasse largement le temps dont on a besoin pour élaborer lesdites stratégies et les obtenir. Force est de constater que les informations des premières minutes de l'épidémie actuelle ont été avérées fausses dérouter ainsi toute action prévisionnelle lors de la budgétisation nationale des ressources à mobiliser pour l'année 2020 dans les pays à climat tropical (habituellement chaud). Dès lors, le quota alloué aux imprévus se trouve très insuffisant pour la riposte de la pandémie de COVID-19. Obligation de mobilisation de ressources complémentaires se fait ressentie. Mais où ? D'autant plus que tous les pays se trouvent dans la même situation.

Par ailleurs, l'utilisation partielle des matériels a été justifiée par les enquêtés par une dotation insuffisante (par exemple pour les gants stériles, 94,74% des enquêtés en ont déclaré, 100% pour surblouse). L'urgence sanitaire que constituait cette menace a d'ores et déjà mobilisé des dépenses non attendues par les Etats, mettant ainsi le monde entier en alerte. La crise pèse fortement sur l'économie de l'Afrique qui est axée sur l'exportation des matières premières et le tourisme (I. Agbannoussou, 2020, p.120). Ce qui justifie en réalité l'utilisation restreinte que font les soignants des matériels disponibles. Il est noté que les prestataires font de réserves pour d'autres séances de prise en charge. Aussi, il faut reconnaître que les équipements de protection (EPI) ne doivent être utilisés qu'en dernier recours quand les autres moyens employés pour réduire le risque s'avèrent insuffisants ou impossible à mettre en œuvres. Suite à la distanciation sociale à observer, les salles

d'attentes doivent être élargies afin de ne pas entasser les gestantes. Tout ceci constitue une lourde charge pour la structure de soins. La distanciation constitue donc un coût insupportable pour les centres hospitaliers. Même lors des prises en charge des gestantes, la confidentialité, la solidarité, et la confiance ont perdu leur place et tout cela donne un mélange flou de décisions qui conduit les gestantes à ne dévoiler leurs problèmes aux grands publics. Le repli individualiste constitue, à des moments donnés, un élément fragilisant le contact des humains et un élément de déshumanisation des soins favorisant ainsi l'absentéisme au rendez-vous des gestantes pouvant induire l'augmentation du taux de décès. Le coût des dotations, la peur de se faire contaminer et tout ce qui l'accompagne, font que les mesures deviennent de charges sociales et économiques très lourdes pour le personnel, les gestantes et le centre hospitalier. Cependant la continuité des soins est assurée durant toute la période de la pandémie dans un esprit professionnel et sacerdotal.

CONCLUSION

L'humanité dans son histoire est confrontée à des périodes données à des crises dont celles sanitaires (grippe espagnole, VIH, Ebola...). Dès le décembre 2019, une nouvelle crise a fait éruption en chine, c'est la COVID-19 qui s'est répandue de façon fulgurante à travers le monde à la vitesse de fusée. Le Bénin n'en est pas épargné. Cette pandémie, comme élément de dynamique social, politique et économique, suscite des réactions de riposte dont personne n'est épargnée. Ainsi, le système sanitaire est mis en branle pour réduire la contamination en mettant en place une organisation

adaptative aux conditions imposées par la pandémie pour continuer de satisfaire les gestantes : c'est sa résilience. Alors il s'agit de déterminer les manifestations de la résilience du système d'accès aux soins des gestantes en ce temps de pandémie de COVID-19 à Cotonou. Malgré le laxisme observé dans la mise en application des mesures barrières entraînant sa propagation rapide, les gestantes ont eu accès aux soins en respectant une procédure qui commence par le lavage des mains et de port de masque obligatoire par tous les acteurs en face. Cependant, la prise en charge des gestantes a subi une entorse qui s'explique par la perte de confidentialité par manque de discrétion auditive (hausse de la voix), la méfiance réciproque, ... De plus l'amenuisement des ressources a compliqué l'application des mesures barrières. Pourtant il suffirait d'observer le port obligatoire de masque et le lavage des mains avant et après chaque soin, couplés avec une dotation suffisante de gants latex pour prévenir la propagation de la pandémie en milieu sanitaire. Les autres mesures étant trop lourdes en matière de tribut social (distanciation dans les salles d'attentes) et financier (l'acquisition de surblouses qu'il faut changer pour chaque gestante) à supporter. Les enquêtes ultérieures pourraient s'interroger sur le degré de satisfaction des gestantes lié aux soins dispensés à leur endroit en cette période de COVID-19.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ABBOTT Rapid Diagnostics Jena GmbH : 2020. Orlaweg 1, D-07743 Jena, Germany; disponible aussi sur www.abbott.com/poct 41p.

ADOHO Sylvain, 2020, COVID-19 : portée numérosophique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique

- pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 45-50
- AGBANNOUSSOU Igor, 2020, COVID-19 : quelles perspectives pour l'Afrique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 119-123
- AZALOU-TINGBE Fanès, 2020, COVID-19 : une nouvelle dynamique pour un Nouveau Monde, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 51-60
- BIO IMOROU Mohamed, 2020, COVID-19 : un regard numérologique, in la COVID-19 en question, mutation sociétale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp. 41-44
- CENTRE ETUDES PROSPECTIVES ET ACTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT, 2020 : La COVID-19 en question, Mutation sociale ou dynamique systémique pour un nouvel ordre mondial, Presse Les éditions ProTIC, 142 p.
- CHUMagazine, volume 3 N°4, issu, 20 p.
- GURVICH Georges, 1968 : la vocation actuelle de la sociologie, vers la sociologie différentielle, quatrième édition, PUF, 507 p. in la prospective stratégique, pour un autre regard sur le développement, 2017.
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE, 2013 : Recensement général de la population des habitats, RGPH-4 Résultat global, www.insae-bj.org, consulté le 20 juin 2020, 34 p.
- LOPEZ Alain, REMY Pierre-Louis, 2007 : Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé, mars 2007, 134 p.
- LOUBET DEL BAYLE Jean-Louis, 2000 : initiation aux méthodes des sciences sociales, édition L'Harmattan, Paris-Montréal, 386 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, 2020 : Mesures barrières dans la prévention de la pandémie de COVID-19, www.gouv.bj/coronavirus consulté le 07 août 2020
- MINISTERE DE LA SANTE, 2012 : guide des normes et bonnes pratiques, à l'usage des professionnels de santé, 188 p.
- NATIONS UNIES, Décembre 2015 : Objectifs de Développement Durable à l'horizon 2030
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 1946 : Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, (100) ; [consulté le 21/09/16]. Disponible sur : www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-oms-4321
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2016 : Planification familiale/Contraception. Aide-mémoire N°351 [Internet] ; (N°351). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>

Résilience du système d'accès aux soins des gestantes
à Cotonou en période de pandémie covid-19

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2019 : Journal, www.who.int/com
consulté le 28 juin 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2020 : Journal, www.who.int/com
consulté le 07 août 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, 2020 : Journal, www.parlons-en
consulté le 19 juillet 2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA
SANTÉ, WhatsApp (WA0017), consulté le 26
juillet 2020

PAUTONNIER Christian, 2020 : Les
équipements de protection individuelle,
www.officiel.prevention.com/hse, Valance, 5 p.
consulté le 13 mai 2020

SINGOLI Michel, 2018 : la perse noire, Presses
Universitaires de France, Paris, 127p.

TCHEFFA V. Aimé, 2020, COVID-19 : origine
et cause d'une pathologie non encore maîtrisée,
in la COVID-19 en question, mutation sociétale
ou dynamique systémique pour un nouvel ordre
mondial ? Presse Les éditions ProTIC, pp 27-40