



SATISFACTION DES USAGERS DES SERVICES DE SOINS DE SANTE MATERNELLE A AGBLANGANDAN AU BENIN : FACTEURS ET PERCEPTION

SATISFACTION OF USERS OF MATERNAL HEALTH CARE SERVICES IN AGBLANGANDAN, BENIN: FACTORS AND PERCEPTION

¹ ADABRA Adjowa Jacqueline et ² TINGBE-AZALOU Albert.

¹Sage-Femme Sociologue-Anthropologue, Master en santé communautaire, Doctorante en Sociologie de développement, Université d'Abomey-Calavi, Bénin, jadabra3@gmail.com

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

ADABRA Adjowa Jacqueline et TINGBE-AZALOU Albert, Satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle a Agblangandan au Bénin : facteurs et perception, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 3 (6), 211-225 [En ligne] 2020, mis en ligne le 31 Decembre 2020, consulté le 2021-01-11 08:51:43, URL: <https://retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=132>

Résumé

Dans l'arrondissement d'Agblangandan, une localité à proximité de Cotonou, le centre de santé connaît non seulement une réduction de son taux de fréquentation mais, surtout il est décrié par la population. La présente recherche sur la « Satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle à Agblangandan au Bénin : facteurs et perception » a pour objectif d'identifier les facteurs associés à la satisfaction et les perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle. Pour y parvenir, l'approche méthodologique adoptée a été celle d'une

enquête descriptive transversale. Ainsi, une taille d'échantillon de quatre cent cinq (405) a été retenue. Mais, après apurement des données, la taille de l'échantillon est passée à quatre cent un (401). Aussi, la collecte des données a été effectuée à l'aide des techniques telles que la recherche documentaire, l'administration de questionnaire, l'entretien individuel, le focus group. L'analyse a été réalisée à l'aide de régression multiple renforcée par la recherche d'association. Les résultats montrent que la longue attente et le mauvais accueil augmentent respectivement 5 et 6 fois plus le risque chez l'utilisateur de ne pas être satisfait. Les événements attractifs lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle ayant une association significative avec la satisfaction ont été la guérison à 8 fois plus, le sourire et la bonne santé du couple mère-bébé respectivement avec 10,62 et 25,70 fois plus de chance de satisfaction que leurs groupes adverses. Ces faits déterminent la fréquentation des services de soins.

Mots clés : Usagers, satisfaction, santé maternelle, facteur, perception

Abstract

In the district of Agblangandan, a locality near Cotonou, the health centre is not only

experiencing a reduction in its attendance rate but, above all, it is decried by the population. The present research on "Satisfaction of users of maternal health care services in Agblangandan in Benin: factors and perceptions" aims to identify the factors associated with user satisfaction and perceptions when attending maternal health care services. To achieve this, the methodological approach adopted was that of a cross-sectional descriptive survey. Thus, a sample size of four hundred and one (401) was selected. Data collection was also carried out using techniques such as documentary research, questionnaire administration, individual interviews and focus groups. The analysis was carried out using multiple regression reinforced by association research. The results show that long waiting times and poor reception increase the risk of dissatisfaction among users by 5 and 6 times respectively. Attractive events when attending maternal health care services with a significant association with satisfaction were healing at 8 times more, smiling and good health of the mother-baby couple respectively with 10.62 and 25.70 times more likely to be satisfied than their opposing groups. These facts determine the use of health care services.

Key words: Users, satisfaction, maternal health, factor, perception, Benin

INTRODUCTION

La santé maternelle est un état de bien-être de la femme depuis la grossesse jusqu'à quarante-deux jours après accouchement (OMS, 1946). Dans le monde, les femmes enceintes et les enfants constituent les couches les plus vulnérables en matière de santé (PNUD, 2016). Ainsi, ont été adoptées diverses stratégies comme les soins de santé primaires (SSP) à Alma Ata en 1978 avec le slogan « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » dont les soins maternels et infantiles font partis des huit composantes et aussi l'Initiative de Bamako (IB). De même, le cinquième des objectifs du millénaire pour le développement et le troisième des objectifs de développement durable portent respectivement

sur la réduction de la mortalité maternelle et la promotion de la santé et le bien-être de tous mais surtout des mères et enfants (PNUD, 2016). La mortalité maternelle et celle infanto-juvénile restent très élevées malgré les efforts fournis par les différents acteurs du système sanitaire. Le taux de mortalité infanto-juvénile était de 70 ‰ en 2011 et celui maternel était de 397 pour 100 000 naissances vivantes en 2013 au Bénin (INSAE, 2013). Les politiques de santé à travers les divers programmes axés sur la réduction de la mortalité maternelle et infantile en sont la preuve. A l'évaluation du système de santé du Bénin, d'énormes dysfonctionnements avec à la tête le mauvais accueil et la corruption dans les pratiques dont la quasi absence ou le non-respect des normes de pratiques professionnelles par les agents de santé ont été détectés (MS, 2013). De surcroit, ce fait limite l'accessibilité de ces cibles à savoir les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à des soins de qualité. Parmi les stratégies d'amélioration de la situation, on peut citer la réalisation du guide des bonnes pratiques au Bénin (A. D. Kinde, 2012) Dans l'arrondissement d'Agblangandan, le taux de fréquentation des centres médicaux de santé a été de 18,9% (ZSPAS, 2015) contre 30,3 ‰ au niveau national (INSAE, 2013). Les centres de tradithérapeutes couvrent plus de la moitié de la demande de la population (PDCS-P, 2005). Il est estimé à au moins 20% le nombre de personnes qui s'adonnent à l'automédication dans la commune (PDCS-P, 2005). Aussi, les femmes enceintes et accouchées apposent-elles souvent un refus d'aller au centre de santé publique pour la vaccination du fait de mauvais comportement du personnel. En effet, « la femme trouve d'ordinaire son équilibre non pas dans une relation conjugale élective..., mais dans une maternité appelée de tous ses vœux, et que la venue d'un enfant vient exaucer. » (R. Luneau, 1981). Ainsi, la recherche portant sur la : « satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle à Agblangandan au Bénin : facteurs et perception » vise la problématique de la satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle. Alors, la question de recherche suivante a été formulée : Quels sont les facteurs associés à la satisfaction et les

perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle dans la localité d'Agblangandan ? Pour conduire cette recherche, l'objectif d'identifier les facteurs associés à la satisfaction et les perceptions de l'utilisateur lors de la fréquentation des services de soins de santé maternelle a été fixé.

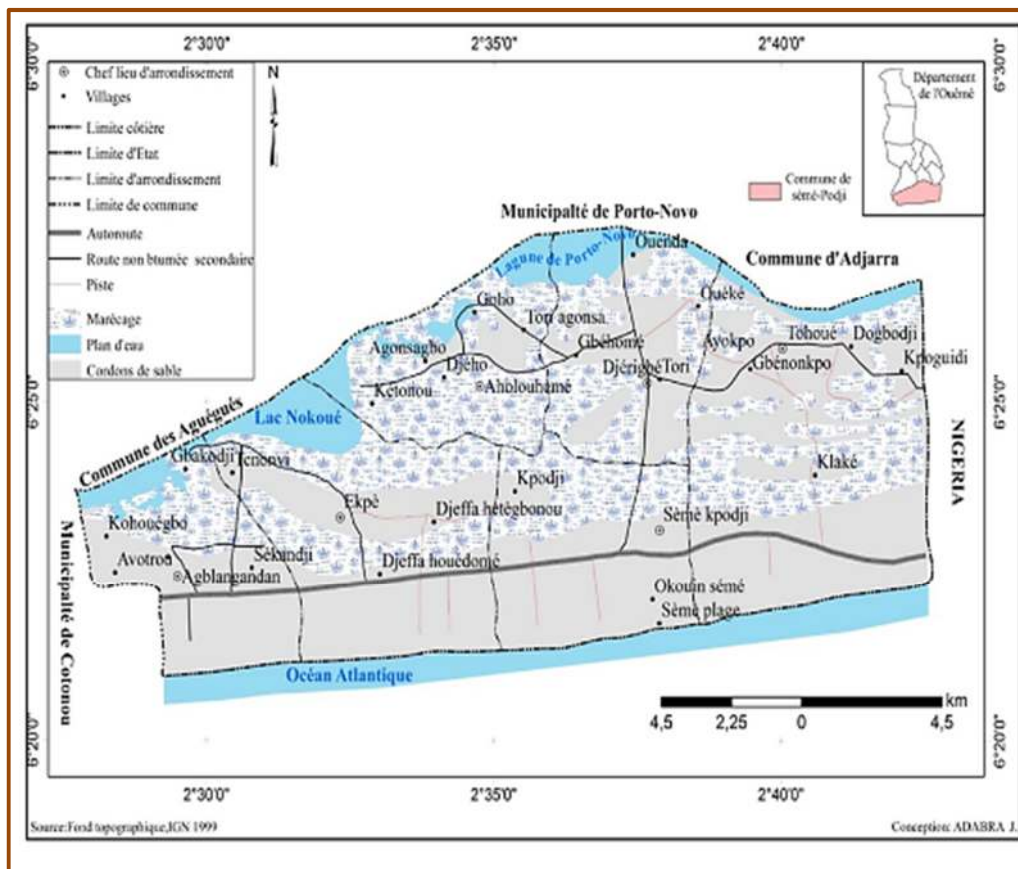
1. METHODOLOGIE

1.1. Cadre de la recherche

L'arrondissement d'Agblangandan occupe la partie occidentale de la commune de Sèmè-Podji

dans le département de l'Ouémé : c'est la partie encadrée en rouge sur la carte n°1. Le territoire est parsemé de marécages, c'est la cuvette du lac qui reçoit les eaux de son débordement en temps de cru. Il est desservi par deux centres de santé publics et une vingtaine de privés. La population est majoritairement d'ethnie xwla et les activités prioritaires sont la pêche et l'agriculture (MCS-P, 2006). L'arrondissement constitue le dortoir des travailleurs de Cotonou. Les taux de fréquentations ont été de 18,9% et 14,6% respectivement pour Agblangandan et Sèkandji selon l'annuaire statistique de la zone sanitaire (ZSPAS, 2015).

Carte n°1 : Zone d'étude



Source : Seignobos et Iyebé Mandjeck, 2000 ; adaptation et réalisation Tévèché, 2018

1.2. Démarche méthodologique de collecte de données

1.2.1. Nature de la recherche

La présente recherche déroulée dans le centre d'Agblangandan a été une enquête descriptive transversale et la méthode probabiliste par tirage aléatoire simple a été appliquée pour l'échantillonnage. Cette recherche est de nature mixte c'est-à-dire à la fois qualitatives et quantitatives.

1.2.2. Techniques et outils de collecte des données

Les techniques utilisées ont été la recherche documentaire, l'entretien individuel, le focus group et l'observation. Les outils d'investigation ont été respectivement le questionnaire adressée à l'endroit des ménages (les usagers), le guide d'entretien aux acteurs impliqués dans la problématique des services de soins de santé maternelle (autorités locales, leaders, professionnels, membres du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS), le guide de focus group couplé avec le dictaphone (Olympus imaging corp) et la grille d'observation qui a servi de vérifier les données de carnets (nombre de visites prénatales, le terme à la première visite, etc.) et d'apprécier l'environnement pouvant influencer l'interaction des acteurs au moment du recours. Les enquêtes sociodémographiques ont été effectuées pour approfondir les caractéristiques socio-sanitaires et les dynamiques sociétales dans lesquelles vivent les populations de l'arrondissement autour du recours aux services de soins de santé maternelle.

1.3. Echantillonnage

La population mère a été les ménages de l'arrondissement et la cible directe a été

constituée de femmes au sein des ménages ayant au moins un enfant de moins de 5 ans ou une femme enceinte. L'option est portée sur la méthode probabiliste avec les techniques d'échantillonnage par tirage aléatoire simple et selon le pas calculé (pas = quotient de l'effectif total de ménages et l'effectif à enquêter) de chaque village pour le choix des enquêtés lors de l'administration du questionnaire. Dix-huit (18) personnes ressources pour l'entretien et celles des deux groupes pour le focus groupe composés de six participants chacun, dont un groupe de femmes et un autre d'hommes choisis par choix raisonné. Une taille d'échantillon de quatre cent cinq (405) ménages a été obtenu pour le volet quantitatif à partir de la formule de Schwartz applicable aux études descriptives ($n = \frac{\epsilon^2 p q}{i^2}$, avec n = taille initiale de l'échantillon, $\epsilon = 1,96$, p = prévalence du recours aux services de santé ($p = 18,9\%$) (MCS-P, 2006), $q = (1-p)$, i = précision souhaitée pour les résultats (ici $i = 4\%$) et pour compenser les refus ou les démissionnaires, on a pondéré n par $1/10 \Rightarrow N = n + 1/10n$). Cependant, ce sont 401 fiches d'enquêtes qui ont été validées. Ce nombre est réparti proportionnellement à la taille de chaque village comme détaillé dans le tableau n°1. Au total, 413 enquêtés ont été enrôlés (401 pour questionnaire, 06 femmes et 06 hommes pour focus group).

Tableau n°1 : Répartition des femmes enquêtées par village

Village	Fréquence	Pourcentage
Agbalilamè	66	16,5
Agblangandan	72	18,0
Akpokpota	22	5,5
Davatin	13	3,2
Gbakpodji	9	2,2
Kadjakomè	13	3,2
Kpankpanam è	42	10,5

Lokocoukoum è	40	10,0
Mondokomè	10	2,5
Sèkandji	38	9,5
Sèkandji Alanmadossi	38	9,5
Sèkandji Houéyogbé	38	9,5
Total	401	100,0

Source : Terrain Agblangandan, 2016

1.4. Méthodes de traitement et d'analyse des données

L'identification de facteurs associés à la satisfaction des usagers des services de soins de santé maternelle s'est faite par la modélisation qui a été réalisée à l'aide des tableaux croisés des variables puis complétée de régression linéaire multiple. Aussi, a-t-elle été réalisée la transcription des données de l'entretien et celles de l'observation pour le volet qualitatif. Pour parfaire le traitement des données, des logiciels épi info version 3.5.4 du 30 juillet 2012 et Microsoft Excel 97- 2003 ont été utiles. Au niveau de l'analyse statistique, la description (fréquence, moyenne, mode, écart-type, ...) des enquêtés par phénomène ou variable a été faite selon les données de l'enquête.

2. RESULTATS

2.1. Description de la population enquêtée

L'âge moyen des enquêtés est de 29,43 ans et le mode c'est 25 ans, les extrêmes étant 16 et 48 ans. Parmi la population enquêtée, 41,1% ne sont ni instruits ni alphabétisés. Néanmoins, plus de la moitié des enquêtées (58,85%) est instruite dont 24,7% ont atteint au moins le niveau secondaire. Le revenu moyen de l'échantillon est de 1784,68 ± 2398,62 francs. Le groupe de

ménages dont le revenu est inférieur à 500 francs par jour représente 34,8% des enquêtés. Cependant, 84 parmi les femmes enquêtées ont déclaré être sans revenu. Quant aux caractéristiques obstétricales, 3,7% des femmes n'ont jamais connu l'évènement d'accouchement, la moyenne de parité de la population enquêtée est de 2,801 ± 1,756, les extrémités étant 0 et 10 avec 2 (deux) comme un mode et une médiane. La grande multiparité (parité supérieure ou égale à six) concerne 6,5% des femmes enquêtées. La moyenne de visite prénatale réalisée est de 5 ± 2,013.

2.2. Identification des facteurs déterminant la satisfaction de l'utilisateur des services de soins de santé maternelle

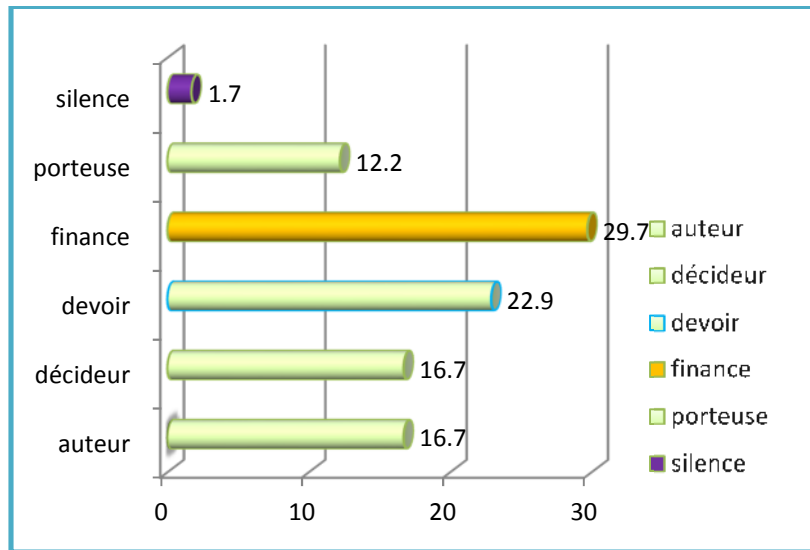
2.2.1. Facteurs humains

Ce sont des événements issus de la relation soignant-usager recensés au cours de l'enquête. Certains peuvent être qualifiés d'évènements positifs ou attractifs. Les évènements attractifs du centre de santé d'Agblangandan cités par les enquêtés ont été le sourire (7,0%), la courtoisie (3,7%), l'écoute (1,2%), le respect de l'utilisateur (2,0%), les explications et conseils donnés (3,7%) par le prestataire. L'on note une association à 72,80% avec la satisfaction des usagers ($r=0,72801$ avec $p=0,00145$ et $c=0,124$). Le mauvais accueil (8,7 %), les cris et insultes (8,2 %) tiennent la tête des défavorables ou répulsifs. Ont suivis la négligence (6%) et la longue attente avant les soins (5,7%). Les enquêtés ont évoqués entre autres, la corvée (balayage, rangement...) (1,2%) avant l'accès aux soins, les violences (2,6%), la lenteur (3,0%) et l'impatience du soignant (2,5%) envers l'utilisateur et l'inadéquation (4,5%) quelque fois des soins. Il y a eu même degré

d'association ($r=0,72800$; $p<0,0001$ et $c=0,965$). Aussi, les observances sont diverses en matière de santé maternelle. Il existe des habitudes liées au déroulement de la grossesse et des pratiques culturelles (de protection, de foi et d'invocation, etc.), celles médicinales (cerclage traditionnel, tisanes ou infusions, ...) et celles de convenance (habitudes, conseils de grand-mère, ...). La période de la première consultation prénatale est mesurée à travers la variable « moment de CPN1 ». Plus de la moitié soit 63,4% des enquêtés ont déclaré avoir effectué leur première consultation prénatale avant la fin du troisième mois c'est-à-dire au premier trimestre de la grossesse. Il n'y a que 8,2% qui consultent à quatre mois de grossesse et seulement 6% des femmes enquêtées à l'aide du questionnaire qui ont attendu la manifestation des mouvements actifs du fœtus pour commencer les visites prénatales. Cela reflète-t-il la réalité ? De plus, 11,7% des enquêtés ont déclaré que le début de la consultation prénatale n'est imprimé que par un malaise dont la gestion les dépasse. Ce qui veut dire qu'en absence de malaise, il n'y a pas lieu de démarrer les visites prénatales selon eux. Cela donne une idée de la représentation qu'ils ont des soins et services de la consultation prénatale. Cette pensée a été renchérie par un participant, conjoint d'une gestante, que : « Ce que je ne comprends pas, c'est que le centre de santé est-il là pour nous sauver ou pour faire du commerce ? Les agents de santé veulent qu'à tout bout de champs qu'on se pointe au centre. Il n'y a plus rien à faire ? Nous devons utiliser nos recettes d'abord et c'est quand cela échoue qu'on peut venir aux soins. » (E2). Ces déclarations expliquent bien les raisons qui sous-tendent le recours tardif aux soins

remarqué par les professionnels de santé du milieu dont l'un a dit : « Ici, si la gestante n'a pas d'inquiétudes majeures ou n'est pas malade, elle ne vient pas au centre, c'est pitoyable ». La vision de la communauté et celle des soignants se trouvent parfois diamétralement opposées. Pour l'efficacité des soins, il faut venir à temps au centre selon les soignants. Ce qui n'est pas l'avis des enquêtés. Le comportement du pouvoir de décision a été aussi questionné à travers : "Qui autorise la réalisation de la première consultation prénatale (Auteur CPN1) ?" Cette variable a permis de savoir la personne influente au niveau de la prise de décision en matière de santé surtout maternelle. Les femmes ont répondu que c'est le mari qui doit accepter et prendre la décision d'aller à la consultation dans 78,3% des cas. Cela est soutenu par le fait que c'est le mari qui doit payer les frais afférant aux soins. Parmi la population enquêtée, l'autonomie financière de la femme est à rude épreuve car les femmes ne décident d'elle-même qu'à un taux de 18,8% que ce soit pour la confirmation de grossesse ou pour autre motif. Les autres intervenants ne représentent qu'une infime proportion (2,9%). Les diverses justifications données pour la personne qui autorise la consultation surtout en ce qui concerne son démarrage ont constitué la base des données servant à la réalisation du graphique n° 1 ci-après. Les raisons financières ont été données par 29,7% des enquêtés, celles de responsabilités (« devoir ») ont été évoquées dans 22,9% de cas. Les justifications faisant recours à l'implication du corps de la femme (« porteuse ») comme argument de son autorisation à prendre la décision de se faire consulter occupent 12,2% des réponses.

Graphique n°1 : Répartition des enquêtés selon les justifications de l'auteur de la consultation prénatale, Agblangandan, 2016



Source : Données de terrain, 2016

En outre, le regard est porté sur les pratiques communautaires en matière de suivi de grossesse. Ces pratiques sont diverses et catégorisées. Il y a les pratiques de protection qui ont été évoquées. Ce sont les rituels de Fâ, les cérémonies, le port de bague, la pratique de refuge dans les couvents religieux, le port d'objets sur le pagne en cas de sortie nocturne et autres pratiques assimilables. Les pratiques de protection concernent aussi des interdits alimentaires au cours de la grossesse (4,2%) et en post-partum immédiat (10 premiers jours). Les observances liées à la foi et aux invocations se manifestent par la prière et les visions (présages) que les enquêtés soient animistes ou croyants en un dieu monothéiste. Parmi les pratiques de protection évoquées par les enquêtés, c'est la prière qui occupe le premier rang avec 48,2% suivi de refuge dans le couvent religieux à 15,7%. Ces pratiques ont induit l'utilisation simultanée du traditionnel à 8,5% et de couvent religieux à 5,7% d'avec la médecine moderne. Parmi les pratiques

médicinales, il est remarquable que plus de 71% des enquêtés utilisent la tisane au cours de la grossesse et le cerclage traditionnel (CT) occupe 2,1%. Les autres observances comme le port de perle, de corde à la hanche et éviction de certaines positions ne sont évoquées que dans de proportion insignifiante (entre 0,6 à 1,8%). C'est de même pour d'autres enquêtés qui observent certaines pratiques par convenance ou sur conseils de grand-mère (0,6%). Les tisanes sont utilisées pour différentes raisons entre autres : pour bien uriner dans 34,6% des cas, prévenir ou guérir le paludisme (3,2%), faciliter l'accouchement ou la délivrance (2,3%), bien-être de la mère et du fœtus ou bonne santé (20%), réduire le poids fœtal ou « rétrécir le fœtus », renforcer la grossesse, donner plus du tonus à la gestante. Malgré toutes ces pratiques, il n'y a pas eu de corrélation significative avec la satisfaction aux soins reçus donc elles n'influencent pas le recours aux services de soins de santé maternelle. Néanmoins, 101 soit 25,19% des enquêtés ont fait recours pour la même grossesse à la fois au centre public et aux

cabinets privés. En effet, 34 soit 8,5% des enquêtés ont utilisé cumulativement les soins traditionnels et ceux modernes. Le refuge dans un couvent religieux est une pratique courante dans le milieu.

Dans l'offre de soins de santé maternelle proposée par le centre de santé, les usagers jouent plusieurs rôles. A ce niveau, la compréhension de la participation communautaire a été méconnue chez 291 soit 73,5% des enquêtés. Des rôles énumérés sont entre autres : paiement des frais, assistance aux réunions, entretien du quartier ou opération de salubrité, expression de son opinion, réclamation de ses droits, le fait de grogner, réalisation des aides et dons de bienfaisance, sensibilisation et surveillance des services de soins de santé. Au moins trois enquêtés ont eu à dire d'aller voir les chefs-quartier pour cela. Ce que témoigne les interventions suivantes : « Ahoouo, je verrai. Ils bouffent tout ce que l'Etat envoie ». La population pense que la gestion ne les engage pas vraiment. C'est considéré comme une prestation de service et doit répondre aux critères de fourniture de service « client-prestataire ». C'est par rapport à cela qu'une femme ayant un bébé de neuf mois rétorqua :

« Pourquoi vous vous fatiguez ? Il maltraite trop les gestantes là-bas. Moi, je change simplement d'endroit pour me faire consulter si les gens m'insultent ou me disent ce qui ne me plaît pas. C'est très simple. On ne peut pas m'embêter alors que je leur apporte de l'argent, hein ! Si leurs responsables ne veulent pas les changer, ça fait leur affaire. »

La participation communautaire en santé se fait généralement à travers les activités de COGECS (Comité de Gestion du Centre de Santé) et des relais communautaires. Certains des membres approchés ne

disposent pas des textes qui réglementent le fonctionnement de leur organe. « Je n'ai aucun document pour cadrer mon travail en tant que membre de COGECS. Je profite pour faire un plaidoyer afin de nous en procurer » a révélé un interlocuteur. Cependant, ils ont affirmé qu'ils participent à l'approvisionnement et au suivi de stock des médicaments, à la gestion de conflits entre usagers et soignants et aux campagnes de vaccination et de distribution de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action. Tout dernièrement, le COGECS a pu mobiliser une ONG pour le remblai de zones marécageuses du centre d'Agblangandan. En réalité, les décisions finales proviennent du médecin coordonnateur qui coiffe tous les COGECS de la commune.

En somme, les rôles des usagers dans l'offre des services ne sont ni maîtrisés par les usagers ni par les membres de l'institution qui les représente. Alors, il y a un véritable problème lorsque 64,8% des enquêtés reconnaissent que leur avis est indispensable dans l'organisation des services et qu'ils ignorent ce qu'il faut faire. Ce qui se dégage de l'intervention d'une gestante à la sortie du Centre : « Je ne maîtrise pas ce qui se passe déjà donc je ne sais quoi faire encore ? ».

2.2.2. Facteurs obstétricaux

Il y a eu une association significative entre le nombre de consultation prénatale et la satisfaction des enquêtés ($p = 0,0070$) en ce sens que les enquêtés qui ont effectué plus de cinq visites de consultation prénatale ont 2,37 fois plus de risque de ne pas être satisfaits que ceux qui ont effectué moins de cinq visites ($OR = 0,4211$). Par contre, il n'y a pas eu une association statistiquement significative avec la parité des femmes enquêtées ($p=0,1343$) de même pour le

nombre d'enfants vivants, la consultation postnatale, la planification familiale, etc.

0,261±0,057sourire -0,414±0,075violence + 0,488±0,046

2.2.3. Facteurs systémiers

Parmi ces facteurs liés aux soins, il y a la réalisation des soins qui occupe 41,1% des réponses des enquêtés. Elle est suivie de la guérison obtenue à 33,2%, la compétence du soignant puis de la bonne santé de la mère et de son bébé (15%). La variabilité de la satisfaction chez les enquêtés dépend à 36% des facteurs systémiers (liés aux soins) car le coefficient de corrélation $r^2 = 0,36$ et $p < 0,0001$. Ainsi, la guérison, les soins faits et la bonne santé du couple mère-enfant influencent positivement le degré de satisfaction. Par contre la longue attente puis le soin inadéquat a des effets opposés. Une association statistiquement significative avec le type de professionnel rencontré a été observée. Les enquêtés qui ont rencontré des aides-soignants ont eu 2 fois plus que les autres, de risque de ne pas être satisfaits (OR = 0,4991 ; $p = 0,0049$) tandis que ceux qui ont été reçus par les sages-femmes ont eu 1,63 fois plus de risque à ne pas être satisfaits (OR = 0,6131 ; $p = 0,0329$). La modélisation globale de tous les facteurs a donné une association à 83,07% avec $r^2 = 0,69$ et $p < 0,0001$ donnant une fonction multifactorielle $f(s) = ax + by - cz + d$ aboutissant à : f (Satisfaction des usagers des SSM) =

0,138±0,031	Attentecomblée	+
0,416±0,047	BSME	-
0,231±0,051	Cri/Insultes	+
0,309±0,074	Courtoisie	+
0,313±0,134	écoute	-
0,612±0,100	évacuation	+
0,333±0,084	conseils	+
0,379±0,039	guérison	-
0,258±0,060	longueAttente	-
0,375±0,051	mauvaisaccueil	-
0,457±0,063	négligence	+
0,138±0,031	SoinsFaits	-
0,368±0,070	soininadéquat	+

2.3. Perceptions et connaissance de l'utilisateur influençant sa satisfaction

En évaluant les connaissances des enquêtés liées aux soins et services de santé maternelle, l'on a noté de nombreuses confusions. Les uns considèrent l'entité même au service (chez 33,4% des enquêtés), d'autres ne différencient pas soins de service (58,37%). C'est ce qui ressort de la déclaration d'une femme avec un enfant de deux ans : « les services de santé maternelle sont la maternité Agblangandan, salle d'accouchement, échographie, etc. » Si la confusion n'y est pas, soit les enquêtés citent la maternité, soit la salle d'accouchement étant donné que l'une (salle d'accouchement) est incorporé dans l'autre. Cela s'est remarqué chez 33,4% des enquêtés. Néanmoins, il y a 32,2% des enquêtés qui ont déclaré ne pas distinguer franchement ni les services ni les noms des services et soins de santé maternelle offerts. Parmi les soins offerts à la mère au moment de l'accouchement, les enquêtés reconnaissent que des soins ont été prodigués mais qu'ils ignorent lesquels, comme l'a exprimée une des enquêtés en ces termes : « Je ne sais pas trop les soins qui ont été faits mais les médicaments prescrits ont été payés. » Pour se justifier, d'autres ont répondu que c'est le devoir des soignants surtout des sages-femmes d'offrir les soins indispensables aux usagers. C'est pourquoi l'une d'entre les mères enquêtées a dit ceci : « Les soins ont été faits mais moi je ne demande pas car c'est leur devoir. En plus, ces soins sont faits au moment où je suis fatiguée sur la table et n'ai qu'une envie, c'est de dormir ».

Cette dernière intervention soulève la question de la perception des soins de santé maternelle et celle de la communication

entre l'utilisateur et le soignant. Cela a été renseigné au niveau de la rubrique "But de CPN". Ce but est méconnu par 32,2% des enquêtés, mais c'est surtout pour « soigner » qui a été noté dans 24,7% des cas. « Détecter les risques » et « éviter les complications » n'ont été apparus que dans 5%. Des raisons plus vagues comme pour la santé (mère, bébé ou le couple mère-fœtus) et le suivi de la grossesse ont été évoquées dans la proportion respective de 15,2 et 22,9%. Alors, une gestante de six mois de grossesse a déclaré : « Si je ne sens rien, pourquoi aller à la maternité ? Sans malaise, je n'y vais que pour accoucher ». Aussi, existe-il un adage souvent employé quand une femme accouche et qui exprime mieux la perception liée à ce service. C'est : « Quel que soit ce qui a eu lieu, si vous avez la calebasse et son couvercle, remerciez le Suprême parce que c'est l'essentiel » a confirmé un coiffeur père de famille. Ce qui veut dire que c'est l'aboutissement de l'accouchement surtout l'état de la mère et du nouveau-né qui importe. Cela explique la raison pour laquelle la « Bonne Santé de la mère et de l'enfant » a eu un Odds ratio très élevé dans le volet quantitatif de l'analyse.

Pour mesurer la perception et la connaissance des enquêtés sur la période recommandée pour effectuer la première consultation prénatale, la question suivante a été posée : "Quand faut-il démarrer les Consultations Périnatales (CPN) ?" Le dépouillement des réponses a révélé que 45,6% des enquêtés ont répondu le premier trimestre et 24,9% de la population enquêtée n'ont aucune idée, 17% des enquêtés par contre ont parlé de malaise comme période indiquée pour la première consultation. On note déjà un écart entre la perception et le moment de l'acte en ce qui concerne la première consultation prénatale (63,4% des enquêtés qui ont effectué ce recours avant la fin du troisième mois de

grossesse contre 45,6% qui ont reconnu cette période comme recommandée). La modalité « autre » regroupe les réponses des enquêtés qui ont parlé des périodes situées au-delà de trois mois de grossesse (6,1%). Si l'on considère que le diagnostic de grossesse s'effectue généralement dès l'aménorrhée, alors le nombre de ces enquêtés qui ont eu à dire que c'est la période recommandée de la première consultation prénatale amène à 50,8% les enquêtés qui pensent que le premier trimestre est plus recommandé. En effet, les enquêtés perçoivent le premier trimestre comme période recommandée pour la première consultation prénatale.

Par ailleurs, il y a des pratiques gestationnelles communautaires. Elles sont liées au fait que la femme enceinte est faible et constitue une proie facile aux ennemis. Au cours de la discussion de groupe, ces idées reviennent souvent : « Si ton ennemi te cherche et n'arrive pas à t'atteindre, il passe par ta femme enceinte ou tes enfants pour te nuire » selon le chef de village de Sèkandji. Un chef de collectivité de Gbakpodji a déclaré ceci : « la femme enceinte est comme un fruit immature (mou wè), donc peut tomber à tout moment sans atteindre la maturité, c'est-à-dire ne résiste pas aux intempéries ». A un tailleur dont sa femme est en travail pour son deuxième accouchement de renchérir en disant :

« Une femme enceinte constitue une porte d'entrée, une porte ouverte pour ton ménage. Etant donné que la perte de sa femme en couche est une malédiction et un grand malheur, il faut beaucoup faire attention lorsque tu as une femme enceinte dans ton foyer et prendre des dispositions idoines. »

En réalité, les soins modernes de santé ne sont utiles à la communauté que pour réparer l'usure de la santé en cas d'urgence

ou de gravité. Les motifs de recours en disent suffisamment car ce dernier se trouve influencé par ces perceptions liées aux services de médecine moderne. Ces résultats sont renforcés par les pratiques usuelles liées à la grossesse et observées par la communauté, révélées par les enquêtés au cours de la présente recherche.

3. DISCUSSION : influence des perceptions et des facteurs systémiques sur la satisfaction de l'usager des services de santé maternelle

La famille est la base de reproduction de toute société. C'est en cela Azalou Tingbé A. (2015) voit que « l'état de grossesse constitue une situation particulièrement délicate placée sous une surveillance continue » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Cette surveillance continue amène l'usager à emprunter des « itinéraires » (R. Massé, 1995) conduisant à des pratiques et à des services de soins de qualité pour son bien-être et celui du fœtus. Leur recours au service de santé maternelle est reconnu comme nécessaire selon l'« interprétation de la maladie » (R. Massé, 1995) c'est-à-dire l'interprétation qu'il fait de son état de grossesse. Alors le taux de celles qui n'ont pas effectué au moins quatre CPN avant d'accoucher est de 23,1% dans la présente enquête donc 76,9% ont pu respecter la norme. Or au Bénin, le constat a été que parmi les femmes ayant effectué des visites prénatales, 21% environ pour les femmes résidant en milieu urbain ont effectué moins de quatre consultations prénatales (B. A. Diallo, 2013), ce qui est proche du résultat actuel contre 86,3% en 2014 dans le milieu de recherche (ZSPAS, 2015). Cette différence peut être due à la méthode de comptage ou du fait que la majorité des

statistiques du secteur privé n'ont pas été intégrées dans les données exploitées par le logiciel de l'annuaire sanitaire. La consultation prénatale au premier trimestre c'est-à-dire avant quinze semaines d'aménorrhée, constitue un grand défi de suivi de grossesse en Afrique et en particulier au Bénin. C'est pour cela que « la femme y est vue comme vulnérable, fragile et cette inquiétude pousse l'époux ou le géniteur à consulter l'oracle : c'est àdògò-fà. / àdògò / signifie « ventre », « grossesse » et /fà/, « l'oracle » ... » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Il faut noter que « la société contemporaine est plus individualisée et donc plus favorable à la constitution de groupes différents avec des connaissances, croyances, des pratiques spécifiques » (P. de Carlos, 2015). Ce sont des pratiques endogènes qui offrent la protection et l'assurance à ces praticiens. Il faut aussi reconnaître que « cette pratique, qui de nos jours s'exerce de façon simultanée aux consultations médicales proprement dites, consiste à s'assurer de l'ordre adéquat pour une délivrance heureuse de la femme enceinte. » (A. Azalou-Tingbe, 2015). Pour J-C Abric, c'est « la représentation comme une vision fonction du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place. » (J-C. Abric, 1997)

Ainsi les patients qui ont répondu au questionnaire étaient moins satisfaits de l'accueil sans Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) à 82 % qu'avec IAO à 96% ($p < 0,05$) en France. La création d'un poste d'IAO permet de réduire la durée d'attente à l'accueil des malades instables et augmente la satisfaction des consultants (P. Taboulet et al, 1997). Cela nous renvoie à M. Formarier, qui dit :

« Dans les situations d'accueil, les représentations des partenaires (soignants, patients, familles) vont servir de grille d'interprétation aux interactions. Elles vont définir les significations cognitives et affectives que chacun attribue à la situation, déterminer les attentes concernant le comportement et l'attitude de l'autre. Pour la personne, la représentation mentale d'une situation a autant d'importance que les caractéristiques objectives de la situation. » (M. Formarier, 2003).

Le "sourire" porte d'entrée de l'accueil, accorde presque onze fois plus de chance aux enquêtés d'être satisfaits (OR=10,62 ; IC= [1,4245-79,1420]) de façon statistiquement significative (p= 0,0044). Ne dit-on pas souvent que c'est l'accueil qui est défectueux dans les formations sanitaires publiques . Donc « l'accueil fait intervenir plusieurs concepts que sont le lien social, les interactions sociales et l'acte de soins. », et « devient alors un acte professionnel réfléchi qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité de soins » (M. Formarier, 2003). Aussi « il nécessite que les personnes se situent dans une interaction et définissent leur rôle Si l'on veut bien sortir du cliché galvaudé du malade alité, résigné, impuissant qui subit et du personnel en situation de force, il n'en reste pas moins vrai que les positionnements de chacun sont fondamentalement différents dans les rôles et attentes. » (M. Formarier, 2003). Cela démontre une relation asymétrique soignant-soigné qui est aussi bien générée par le soigné qui en fonction de ses représentations et de ses attentes, se situe mal dans l'interaction (agressif, passif, réservé) que par le soignant qui fonctionne son propre rituel et sa propre logique fondés sur ses propres représentations (C. Sorsana, 1999)

La satisfaction suite à la fréquentation des services de soins de santé maternelle est plus élevée lorsque ces soins ont été procurés par les agents qualifiés (A.B. Lalonde, 2010) Cela est vérifié dans le cas de la rencontre par les enquêtés des aides-soignants dont le risque est 2 fois plus élevé de ne pas être satisfait. Mais la suite des résultats actuels a montré que même la rencontre de personnel qualifié comme les sages-femmes comporte 1,63 fois de risque de ne pas être satisfait (OR = 0,6131 ; IC = [0,3903-0,9629]), alors qu'il n'a pas eu une association significative par rapport aux infirmiers et médecins (p = 0,2456). Ce qui signifie que le risque de l'insatisfaction des usagers ne dépend pas tellement de la qualification du prestataire mais plutôt des événements issus de leur interaction. La bonne santé du couple mère-bébé octroie significativement (p <0,0001) vingt-et-six fois plus de chance d'être satisfait (OR=25,70 ; IC = [4,3066-1046,2923]) donc motive la fréquentation de ces services de soins de santé maternelle « Le champ social qu'est la condition de consultation prénatale, impose aux personnes un rôle social à jouer dont la relation est dépendante du contexte et des finalités que des individus eux-mêmes » (G-N. Fischier, 1998). Allant dans le même sens Massé, en 1995, parle d' « effet de la maladie sur les fonctions et rôles sociaux » (R. Massé, 1995). La recherche d'association de la satisfaction avec les événements démotivant la fréquentation des services de soins de santé a fait découvrir que l'évacuation ou la référence qui, selon les normes et protocoles, devait procurer la chance aux usagers d'avoir une prise en charge adéquate, s'y trouve et comporte un risque sept fois plus élevé d'agir négativement sur la satisfaction par conséquent sur la fréquentation du centre

(OR = 0,1384 ; IC = [0,0264-0,7243]). Ce fait a permis de comprendre que les usagers ont leurs propres critères pour mesurer la qualité des soins et services offerts. Ce qui rejoint l'auteur qui a dit que les usagers peuvent contribuer à définir la qualité car l'un des avantages à ce propos est que les usagers ont généralement une vision plus large que celle des praticiens, principalement en ce qui concerne les aspects interpersonnels (A. Donabedian, 1980).

CONCLUSION

La satisfaction est déterminante dans le choix que fait l'être humain. Le recours à un service est un choix porté sur lui, acte qui nécessite un climat de confiance scellé par la satisfaction que procure ce service. L'objectif a été atteint d'autant plus que les facteurs associés à la satisfaction des usagers ont été identifiés. De même, les perceptions des usagers ont été détectées. Pour avoir des données valides et de qualités, les questions ont été posées sous plusieurs formes, aussi par l'application d'une rigueur méthodologique lors de la collecte et l'analyse des données puis de l'interprétation des résultats. Le paramètre de la satisfaction doit être considéré dans toutes ses dimensions dans l'offre des services de soins de santé en générale et en particulier maternelle. Les enquêtés ont plus révélé les aspects d'humanisme dans l'offre des soins. De ce fait, les facteurs sociodémographiques et culturels n'ont pas été significativement associés à la satisfaction des usagers. Mais, ce sont plutôt les écarts d'attente, de perception et les éléments de sociabilité appelés événements attractifs et répulsifs qui ont eu une grande influence sur la satisfaction après le recours aux services de soins de santé maternelle. Dans la majorité,

l'appréciation de la satisfaction des usagers est souvent basée sur les attitudes des soignants et non sur la qualité réelle des soins offerts. Cependant, des faits jugés insignifiants, banals dans la relation entre le professionnel de santé et l'utilisateur des services ont eu une forte incidence sur la satisfaction de la population : c'est « le ton » dans l'interaction des deux acteurs. Ainsi, pour inciter à l'utilisation des services de qualité respectant les normes de prise en charge en matière de santé, l'organisation de ces centres de santé publics devrait-elle intégrer le respect des droits et devoirs des patients en passant par sa vulgarisation par les soignants eux-mêmes. Cette vulgarisation pourrait contraindre le soignant à les respecter et à adopter des attitudes qui vont réduire la majorité des événements répulsifs lors de la fréquentation des services de soins de santé de la mère. Les limites de la présente recherche ont été le manque de précision (absence de score) dans la détermination des critères d'un bon accueil selon la communauté et l'absence d'évaluation du respect des normes et protocoles de prise en charge par les prestataires. Dans des recherches ultérieures, il peut être indispensable de questionner sur les critères d'accueil souhaités par la communauté.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

- ABRIC Jean-Claude, 1997, Pratiques sociales et représentations, Paris, PUF, 1994, 2e édition 1997.
- AZALOU-TINGBE Albert, 2015. Le nom individuel chez les adja-fon. Une sociologie de l'anthroponymie. ISBN : 978-99919-2-020-7, Cotonou, édition ablodé, 2015, 344p.

- de CARLOS Philippe, 2015, la représentation : un concept emprunté à la psychologie sociale, www.thesededoctorat/philippe-de-carlos/3-11-2015-I/chapitre-1 Consulté le 16/11/2016.
- DIALLO Abdel Brahima, 2013, Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako Étude socio-anthropologique Sahel Programme AFD-Sahel, rapport pays MALI Février 2013.
- DONABEDIAN Avédis, 1980, Explorations in Quality Assessment monitoring, 1980; vol. 1: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- FISCHER Gustave-Nicolas., 1998, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Ed. Dunod 2è ed, Paris 42p.
- FORMARIER Monique, 2003, Méthodologie : Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité, 20 p.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ECONOMIQUE, 2013, Enquête Démographique de la Santé au Bénin-IV; (573 : 219-24).
- KINDE Akoko Dorothee, Guide de normes et pratiques. Ministère de la santé du Bénin. 2012
- LALONDE André Brice, 2010, Mortalité maternelle : situation actuelle dans le monde. Congrès Enfanter le Monde. Québec, 26 novembre 2010 ; [Consulté le 16/09/2016]. Disponible sur : <http://www.theses.ulaval.ca/contact.html>
- LUNEAU René, 1981. Les religions d'Afrique Noir, tome premier, Paris, Stock +, 1981 ; 88 p.
- MASSE Raymond, 1995, Culture et santé publique, Montréal-Paris : Gaëtan Morin, Editeur, 499 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DU BENIN, Annuaire des statistiques sanitaires, mars 2013 ; (151 : 58-76).
- MONOGRAPHIE DE LA COMMUNE DE SEME-PODJI, Avril 2006 ; 45p.
- ORGANISATION MONDIAL 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
- PLAN DE DEVELOPPEMENT COMMUNAL DE SEME-PODJI, Cotonou, Avril 2005 ; 104p.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT, Objectifs du Développement Durable cible prioritaire, 2016
- SORSANA Christine., 1999, Psychologie des interactions sociaux-cognitives, col synthèse, Ed. Armand Colin, Paris (p 25 et 27)
- TABOULET Pierre, Fontaine J-P, Afdjei A, Tran Duc C, Le Gall J-R, 1997, Influence

Satisfaction des usagers des services de soins
de santé maternelle à Agblangandan au Bénin :
facteurs et perception

sur la durée d'attente à l'accueil et la
satisfaction des consultants in Journal «
Réanimation Urgences », 1997 [consulté le
25/09/2017] ; volume 6 numéro 4, (433-
442), en ligne depuis 10-10-16. Disponible
sur :
<http://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element>.

ZONE SANITAIRE PORTO-NOVO
AGUEGUES SEME-PODJI, Annuaire des
statistiques sanitaires, mars 2015 ; (151 : 1-
144).