



Association d'Appui aux Activités de Santé Communautaire

ANALYSE DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE REFERENCE DANS LA REGION DES SAVANES AU NORD- TOGO

RAPPORT DE STAGE A 3ASC- LOUVAIN DEVELOPPEMENT

Septembre- décembre 2011

Elaboré par :

ISABELLE VANCUTSEM

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce rapport est loin d'être le fruit d'un travail isolé. J'aimerais donc remercier toutes les personnes qui m'ont permis de le réaliser.

Premièrement, je tiens à remercier Louvain Développement et Jean de la Croix pour avoir accepté ma candidature au sein de leur association. Ce stage a été pour moi un réel tremplin vers le monde de l'emploi et facilitera, je l'espère, ma transition entre le monde académique et l'univers professionnel.

Ce stage fut surtout une opportunité pour faire un premier pas vers le continent africain et découvrir les merveilles qu'offre le Togo, mais surtout ces habitants. Je fus admirablement bien accueillie dans la région des savanes, et je tiens donc à remercier tous les collègues de 3ASC pour leur soutien tout au long de ce travail. Leur aide en tant qu'interprète auprès de mes interlocuteurs m'ont aidé, mais aussi les discussions et relations sociales que nous avons nouées autour d'une calebasse de tchakpalo, d'une bière, ou d'un bon plat africain, ce qui m'a permis d'apprécier et garder de formidables souvenirs de ce séjour. Ma première expérience de travail au sein d'une ONG fut donc réussie grâce aux membres de 3ASC.

Je tiens aussi à remercier mes interlocuteurs pour m'avoir donné de leur temps à répondre à mes enquêtes. J'espère que ce rapport pourra les aider dans leur quête vers un bien-être social, professionnel, et surtout sanitaire.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	p. 3
II.	Méthodologie	p. 4
	2. 1. Epistémologie	p. 4
	2. 2. Méthodologie de recherche	p. 6
	2. 3. Méthodologie d'enquête	P. 6
III.	Contextualisation de l'objet d'étude	p. 8
IV.	Définition du système de référence et contre référence	p. 12
	4. 1. Le système dans sa pratique	p. 15
	4. 2. Le parcours du patient	p. 16
	4. 2. 1. Cheminement du village au centre de référence	p. 16
	4. 2. 2. Circuit au sein du centre de référence	p. 21
	4. 3. La contre référence	p. 24
	4. 4. Les spécificités des districts	p. 27
	4.5. Les relations centre-périphérie	p. 28
V.	Un système efficient : les pathologies épidémiologiques sous haute surveillance	p. 31
VI.	Recommandations – discussion	p. 32
	6. 1. La fiche de 3ASC	p. 32
	6. 2. Le déplacement	p. 34
	6. 3. Ecrire la contre référence	p. 36
	6.4. Renvoyer la fiche à l'USP	p. 38
	6.5. Un système de communication entre centre et périphéries	p. 40
	6.6. Une rencontre effective entre les centres et périphéries	p. 43
VII.	Conclusion	p. 45
VIII.	Bibliographie	p. 46
IX.	Annexes	p. 49

I. INTRODUCTION

L'ONG de 3ASC est une association qui vient en aide aux activités de santé communautaire dans la région des savanes. Etant en partenariat avec l'ONG Louvain Développement, c'est par ce biais que j'ai pu connaître cette institution togolaise. Leur terrain d'intervention est assez large, mais la mission que l'on m'a confié renvoie à un sujet bien précis : le système de référence et contre référence.

Le système de référence est la procédure par laquelle on évacue un malade d'un centre de santé inférieur à un autre centre doté de matériel et personnel plus qualifiés. Ce système existe depuis toujours en santé publique mais éprouve tout de même quelques difficultés. En revanche, le système de contre référence est plus récent ; il s'agit de renvoyer le malade vers son traitant d'origine dans le but d'assurer un suivi du patient. Ce second volet du système est clairement problématique, et c'est ce pourquoi il m'a été demandé de l'analyser. Il semble peu ancré dans la culture professionnelle des prestataires et presque insignifiant pour les malades.

Je suis donc restée trois mois dans la région des Savanes dans le but de comprendre, observer, analyser, et éventuellement redynamiser le système de référence et contre référence. Ma recherche consistait à comprendre pourquoi le système semblait dysfonctionner, et découvrir l'origine de ses failles. Ce rapport reprend donc les résultats de mes recherches effectuées dans les quatre préfectures de la région.

Il n'est pas à omettre qu'il s'agit ici d'un rapport provisoire, dans le sens où il a été rédigé sur place à Dapaong, « à chaud » directement après mes enquêtes de terrain. Ce rapport se situe dans le domaine de la recherche-action, car le but est de dégager directement des solutions concrètes au problème. Malheureusement, je n'ai que peu de supports académiques et bibliographiques du fait que le rapport ait été rédigé à Dapaong.

Je vais dans un premier lieu décrire la méthodologie adoptée tout au long de cette recherche. Ensuite, il me semble important de réviser le cadre géographique, social, politique dans lequel mon objet d'étude se pose. Dans un troisième chapitre, je tente de décrire les normes et procédures du système de référence et contre référence, pour ensuite mettre en relief la réalité pratique de son fonctionnement, et cerner les contrastes entre théorie et pratiques. Je m'attache plus particulièrement à la référence entre la périphérie et le Centre Hospitalier Régional et la pédiatrie. Je tente aussi d'analyser les relations qu'entretiennent les prestataires des différents niveaux. Après avoir décrit brièvement un système de référence et contre

référence efficient dans la région, j'aboutis finalement sur l'objectif ultime de cette recherche : passer en revue d'éventuelles propositions pour redynamiser le système.

II. METHODOLOGIE

2.1. Épistémologie

Dans un premier temps, cette étude me parut assez facile et simple. En Europe, je m'imaginai que le système était simplement informatisé et que l'on ne rencontrerait pas ce genre de problèmes grâce au développement de nos technologies. Quand j'expliquais le système de référence et contre référence belge –tel que je pensais qu'il devait être-, un collègue de 3ASC m'affirmait que ce serait révolutionnaire et simple de copier-coller le prétendu modèle européen ; il suffirait de trouver un bailleur pour installer un système informatique partout dans la région ! Mon enthousiasme n'était pas vraiment partagé compte tenu de la non pérennité de cette solution. Cependant, je faisais erreur tant sur le fonctionnement du système belge que sur les réalités de terrain togolaises. Premièrement, j'ai appris que le système de référence et contre référence n'était pas plus fonctionnel et efficace en Belgique. La tâche me parut donc plus complexe que prévue. Ensuite, les deux structures sanitaires, européennes et africaines, ne partagent pas les mêmes réalités et n'ont rien de comparable. J'ai vite remarqué cela lors de mes premières sorties sur le terrain. Au fur et à mesure de mes visites dans les dispensaires en périphérie, j'ai découvert la précarité des infrastructures sanitaires, dont je reparlerai lors de la description du contexte de mon objet d'étude.

Il s'avère qu'avant de penser une tradition, on pense à travers une autre tradition, c'est-à-dire la nôtre, qui est dans le cas de mon travail la biomédecine et la santé publique insérées dans des institutions occidentales. Dans un premier temps, je parle de biomédecine, et il n'est pas à négliger qu'elle aussi porte une représentation culturelle et historique. Elle est le résultat d'une idéologie qui est celle du déterminisme biologique. Il faut l'appréhender comme un système culturel qui est doté d'un discours, d'une représentation et d'une perception formatée (Good, 1994). Cette remarque est à garder constamment en tête lors de l'analyse du parcours thérapeutiques des patients. Ensuite, la santé publique n'est pas non plus sans sa dimension culturelle. Elle est connue comme une pratique technique, un domaine d'expertise destiné à servir le bien collectif. Seulement, elle a également des normes et des valeurs, bien qu'elle se

perçoive comme une connaissance positive qui énonce des faits. Une de ses normes est de promouvoir le bien-être social, mais selon sa propre définition (Fassin, 2001). La santé publique est donc une culture, issue au départ du monde occidental, et elle se trouve aussi confrontée à d'autres cultures, telle ici les différentes cultures togolaises de la région des savanes, mais surtout la culture paysanne togolaise, qui est à investiguer tant en termes sociaux que culturels. Les habitants des savanes ont clairement acquis les bienfaits de la médecine moderne, mais le milieu socioéconomique dans lequel ils vivent les contraignent à ne pouvoir y faire appel quand bon leur semble. L'étude des patients circulant dans différentes structures sanitaires publiques ne doit omettre la connexion entre la santé et la pauvreté, le genre, le territoire, les relations de pouvoir, la nutrition, la structure familiale, etc.

Pour comprendre le parcours des patients, il me faut être autocritique face à mes pratiques médicales, et adopter une position épistémologique et réflexive. Faire de l'anthropologie médicale ne consiste pas seulement à observer la médecine de l'autre, mais aussi à comprendre la sienne, issue également d'un discours, d'une perception formatée, d'une certaine philosophie, d'un contexte socioculturel et d'une histoire. La biomédecine est bel et bien le fruit de « l'arbitraire institutionnel de l'Occident » (Rhodes, 2004). Les pratiques quotidiennes des cliniciens, médecins, malades et la structure hospitalière dans laquelle tous ces actes s'opèrent, révèlent d'une certaine représentation culturelle et située. C'est pourquoi des systèmes ou politiques sanitaires conçus dans certains contextes éprouvent des difficultés à être mis en œuvre de manière optimale une fois qu'ils sont transplantés tels quel dans un contexte socioculturel et économique tout autre. Le dysfonctionnement du système de référence et contre référence en donne la preuve...

Si le système sanitaire ne s'applique pas « comme prévu », c'est parce qu'il n'a pas toujours pris en compte les représentations que les villageois peuvent détenir face aux structures sanitaires modernes. Mais surtout, il faut tenir en compte la culture professionnelle dans laquelle vit le personnel soignant tant en périphérie que dans les centres de référence. Les prestataires doivent faire face à beaucoup de contraintes pour mener à bien leur travail comme ils le voudraient. Le système de référence et contre référence n'a clairement pas été conçu en prenant compte des contraintes économiques, sociales, géographiques, etc.

2.2. Méthodologie de recherche

Ma méthodologie de recherche est la démarche que j'ai choisie pour pouvoir répondre à ma question de recherche ; cette dernière étant « Comment s'applique concrètement et dans les faits le système de référence et contre référence ? Où se situent les éventuelles failles du système ? Pourquoi ? Comment y remédier ? ». Mes indicateurs d'analyse sont la compréhension qu'a le personnel soignant du système de référence et contre référence, ainsi que la perception de celui-ci de la part des patients référés, la mise en œuvre effective du système, ses avantages et ses difficultés, les propositions mêmes des acteurs en jeu pour redynamiser le système, le degré de satisfaction des soins reçus dans les différentes structures sanitaires, les relations entre le personnel soignant des différents niveaux, le parcours du patient, sa traçabilité, etc.

L'ouvrage *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social* d'Olivier de Sardan me donne un cadre méthodologique tout au long de ma recherche, c'est-à-dire que l'auteur rappelle d'être toujours attentif aux logiques et stratégies des acteurs, ou groupes d'acteurs, déployées autour de toute politique ou action de développement. J'ai en effet tenté premièrement de percevoir le personnel médical et les patients, non comme des groupes homogènes, mais étant segmentés suite à différents niveaux d'éducation, niveaux socioéconomiques, différents intérêts et trajectoires personnelles. Il est clair que le personnel soignant de la périphérie ne partagent pas les mêmes réalités quotidiennes que le personnel soignant dans les centres de référence.

De façon sous-jacente, je fais appel aux méthodes du pluralisme médical, enseignées par Yannick Jaffré. Il montre entre autres que l'acceptation des modèles explicatifs et des conduites à suivre pour se soigner dépend du statut octroyé au patient pour que celui-ci accepte le suivi du traitement par tel système médical.

2. 3. Méthodologie d'enquête

Pour récolter un maximum de données, j'ai procédé à différentes techniques d'enquête.

Dans un premier temps, je me suis documentée sur ce système de référence et contre référence, son implantation tant au Togo que dans d'autres pays africains. Egalement, j'ai essayé de récolter un maximum d'informations via les collègues de 3ASC travaillant dans la santé communautaire. Lors de cette phase de documentation, j'ai construit petit à petit un

guide d'entretien pour chaque groupe d'acteurs : les patients et la communauté, le personnel soignant en périphérie, et le personnel soignant dans les centres de référence.

J'ai sélectionné un échantillon d'unités de soins périphériques dans la région des Savanes. Cette dernière est divisée en quatre préfectures : Oti, Kpendjal, Tandjoaré, et Tone. En moyenne, j'ai visité trois à quatre dispensaires, un centre de santé médical et la polyclinique dans chacune des préfectures. J'ai tenté de diversifier au maximum mes choix de centres sanitaires. Je me suis donnée à chaque fois une semaine pour connaître et faire le tour d'un district. Dans les dispensaires, j'ai interviewé le major, c'est-à-dire l'infirmier d'état, ainsi que parfois d'autres membres du personnel soignant, tel la sage-femme, un aide-soignant, ou une matrone. Ensuite, si certains patients référés furent présents lors de ma visite, je continuais mon enquête auprès de ceux-ci. Lors de ces interviews, je fus aidée par des animateurs de 3ASC pour traduire la langue moba. Mes interviews furent des entretiens semi-structurés ; je m'aidais de mon guide d'entretien mais adaptait celui-ci auprès de chaque interlocuteur, selon ses expériences et sa trajectoire personnelle.

Lors de chaque entrée dans un centre, je fus introduite par un animateur de 3ASC comme stagiaire faisant une étude sur le système de référence contre référence dans le but de l'améliorer. Le personnel soignant fut en général coopérant et je n'ai distingué que très peu de réticences à ce qu'il s'exprime et dévoile les difficultés et problèmes. En revanche, de la part des patients, il en fut autrement. Premièrement, je ne peux nier que la barrière linguistique implique un certain biais lors d'une interview. Ne pas comprendre directement ce que mes interlocuteurs me répondent me fait rater leurs réactions, les nuances de leurs dires, les détails de leurs expériences, etc. De plus, il m'a été difficile d'établir une relation de confiance avec le patient dans un laps de temps si court ! Selon moi, peu de personnes furent entièrement sincères sur leur degré de satisfaction des soins reçus ; le fait de réaliser mes interviews au sein même des centres de santé n'est pas sans lien... J'ai pu tout de même diversifier ce groupe d'acteurs ; j'ai interviewé tant des mères ou des pères dont leur enfant a été référé à la pédiatrie, des patient(e)s qui ont eu eux-mêmes recours au service chirurgical, au service de médecine générale, et à la maternité.

Dans un second temps, j'ai visité à plusieurs reprises les centres de références. Premièrement, les polycliniques, -Centres Hospitaliers Préfectoraux-, qui sont les premiers niveaux de référence, et ensuite la pédiatrie et le Centre Hospitalier Régional de Dapaong. Au sein de ces structures, j'ai tenté de m'entretenir avec un maximum de prestataires, mais j'ai

principalement été introduite aux médecins et responsables de service. Mes interviews furent à nouveau des entretiens semi-structurés. Finalement, je me suis également entretenue avec la direction régionale de la santé.

III. CONTEXTUALISATION DE L'OBJET D'ÉTUDE

La population de la région des Savanes compte environ 690 000 habitants. Sur le plan administratif, la région est subdivisée en quatre préfectures (Kpendjal, Tandjouaré, Oti et Tone). La région est principalement rurale ; beaucoup vivent de l'élevage de bovins, et de l'agriculture. Ce qui la caractérise fortement est son niveau socioéconomique ; il s'agit de la région togolaise la plus pauvre. La région enregistre une incidence de la pauvreté de 90, 5%¹. A l'instar des autres régions du pays, la région des Savanes est multiethnique. Les groupes ethniques les plus répandues sont les Moba, les Gourma, les Tchokossi, les Ngam Gam, et les Peuhls nomades. La région dispose de plusieurs percées frontalières avec le Ghana, le Bénin et le Burkina où le brassage ethnique est quotidien. En outre, chaque groupe ethnique se décline en clans, ce qui démontre une grande richesse culturelle sur ce territoire. Il est à noter que la région détient un réseau routier très mal développé ; beaucoup de villages et formations sanitaires sont difficiles d'accès, surtout en saison pluvieuse.

Au Togo, le gouvernement a élaboré et adopté un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS). Il convient cependant de noter que ce plan national n'a pas fait l'objet de déclinaison au niveau local sous forme de plans locaux de développement sanitaire, ce qui aurait permis une meilleure faisabilité de celui-ci. En outre, le cadre juridique et institutionnel togolais demeure encore insuffisant avec un code de la santé qui n'est pas encore adopté. Il manque aussi toujours une politique nationale de maintenance des équipements. En ce qui concerne la mise en œuvre programmes/projets du secteur de la santé, les services du ministère en charge de la santé fait face à de sérieux problèmes de capacité dans le domaine de l'identification des projets, de la programmation des investissements, de l'exécution des projets et de la gestion du secteur de la santé. L'autre principale difficulté est l'insuffisance des ressources

¹ Source venant du site de la croix rouge togolaise

financières². Egalement, le besoin en ressources humaines qualifiées reste préoccupant. Les disponibilités sont largement en dessous des normes de l'OMS.

	<u>Togo</u>		<u>Norme OMS</u>
1 médecin pour	11.171 habitants	/	1 pour 10.000
1 infirmier d'Etat pour	6.135 habitants	/	1 pour 4.000
1 sage-femme pour	13.170 habitants	/	1 pour 4.000

Seulement, cette crise des ressources humaines se pose aussi en termes de disparités régionales ; en effet, près de 80% du personnel se trouve dans les centres urbains, principalement dans la commune de Lomé et de la région Maritime. Il en résulte des difficultés d'un accès équitable des populations aux services de qualité surtout au niveau local. Chaque unité de soins périphérique détient un infirmier reconnu par l'état. Travaillent aussi une ou deux matrones, un gérant de la pharmacie, et un aide-soignant. Mais ces derniers ne sont pas encore considérés par l'état, bien que la norme prévoit entre autres un infirmier d'état, une accoucheuse et un assistant d'hygiène. Le personnel est alors rémunéré par les fonds générés par les activités mêmes du dispensaire, le COGES. Sans compter le centre hospitalier régional et la pédiatrie, chaque district ne compte qu'un ou deux médecins, dont le directeur préfectoral de la santé. Ce dernier ayant un rôle de direction, il n'est que peu présent à la polyclinique pour consulter, c'est-à-dire au service direct des malades. Certaines USP n'ont qu'un taux de fréquentation minimale, en revanche d'autres sont en sous-effectifs et se voient surchargés de travail. Pour remédier à ce manque de personnel, le dispensaire recrute des personnes locales pour venir les appuyer, mais il s'avère que certains employés n'ont alors pas les qualifications et compétences requises ; ils apprennent sur le tas avec l'expérience. Le manque de personnel qualifié biaise donc fortement le niveau de qualité des soins offerts en périphérie.³

² Source : <http://www.tg.one.un.org/images/stories/doc/OMD%20Rapport%202010%20SNU%20TOGO.pdf>

³ Le district de Kpendjal détient une population de 108 000 habitants et compte seulement 36 % effectif de personnel qualifié et 64% effectif de personnel non qualifié. Seuls une ambulance et un véhicule de supervision sont fonctionnels. A Tandjoaré, il n'y a pas d'ambulance, mais juste un véhicule de supervision, A titre d'exemple, pour une population de 99 000 habitants, il y a un médecin, 3 assistants médicaux, et 8 infirmiers d'état. Le district de Tone, lui, compte 2 médecins, 8 assistants médicaux, 25 infirmiers, ainsi qu'un véhicule de supervision pour une population de 295 000 habitants. Finalement, l'Oti a deux médecins, soit un médecin pour 74 000 habitants !

Au niveau des centres de référence, tel le CHR et la pédiatrie, le personnel qualifié est aussi clairement en sous-effectif. A titre d'exemple, la pédiatrie détient un taux de décès de 7 %, bien que la norme soit de 3%.⁴

Mise à part les problèmes de personnel, les infrastructures sont inadéquates et insuffisantes face aux besoins. Et il en va de même pour les équipements et le matériel. Peu de dispensaires ont la chance d'avoir de l'eau courante ou de l'électricité ; seulement certains détiennent des plaques solaires grâce aux dons de certaines ONG. Dans les centres de référence, le nombre de lits pour l'hospitalisation est insuffisant, l'équipement détenu pour les interventions chirurgicales, la radiologie, les soins intensifs, etc. est réellement inadéquat et incomplet pour un centre de référence de toute la région. De plus, les systèmes logistiques souffrent d'infrastructures faibles, de services essentiels insuffisants, tels que le transport et l'informatique, et d'un manque de ressources humaines compétentes.

La région détient donc 60 Unités de Soins Périphériques, 12 cases de santé, 8 Centres Médicaux Sociaux, quelques centres de Promotion Maternelle et Infantile et infirmeries, 4 polycliniques, une pédiatrie et un centre hospitalier régional. Cependant, il est à souligner que l'hôpital des enfants est un centre confessionnel, donc ressort du secteur privé. Le CHR est également autonome. La direction régionale de la santé n'a pas son mot à dire quant à sa gestion ; le CHR et la pédiatrie disposent de leur propre comité de gestion, financement, etc. Ils agissent dans le domaine clinique, de la spécialité, et moins dans le domaine de la santé publique et communautaire ; ils ne participent donc pas aux politiques de prévention auprès de la population. La Direction Régionale de la Santé représente le ministère de la santé au niveau de la région. Le directeur a une fonction de gestion, de suivi, de supervision, d'évaluation, et par-dessus tout, de coordination. Il s'assure que tous les programmes sanitaires publics soient bel et bien mis en œuvre. Il coordonne tous les programmes pour que les indicateurs nationaux soient effectifs. Le DRS travaille donc étroitement avec les préfetures et leur administration, et les agents de terrain. Lui et son équipe s'assurent alors que le CHR remplisse les normes, stratégies, et politiques sanitaires nationales. Ils collaborent dans une moindre mesure. La DRS a un rôle de supervision quant aux politiques et normes

⁴ Le CHR détient un chirurgien, un médecin interniste, deux médecins généralistes, un biologiste, 4 assistants médicaux, 9 infirmiers, etc . La pédiatrie comptait en 2010 3 médecins dont un pédiatre, et 3 assistants médicaux.

sanitaires nationales et a donc un droit de regard quant à son application au CHR. C'est dans le cadre du rôle de supervision et de coordination du directeur régional. En revanche, sur le plan fonctionnel, le CHR est libre. Le conseil d'administration du CHR même gère le financement, les commandes des produits, leur utilisation, la qualité des prestations du personnel, etc. L'autonomie de ces deux centres de référence s'avéra être un obstacle à la mise en œuvre d'une bonne coordination des différents niveaux de santé...

En périphérie, la coordination des activités semble bien mise en place. Mensuellement, chaque district organise une réunion où se rassemblent tous les majors des USP de la préfecture, ainsi que le DPS et éventuellement l'équipe cadre du district. Les infirmiers sont priés d'apporter des rapports reprenant toutes leurs activités, leurs données et statistiques concernant leur patientèle, etc. Ces réunions permettent d'aborder les problèmes techniques ou organisationnels au sein de la préfecture. Il arrive que l'Equipe Cadre Régionale soit présente, ce qui établit le lien entre la région et les districts. Une fois par an, a lieu la revue régionale où toutes les institutions travaillant dans le secteur de la santé viennent présenter leurs activités et bilans. Il s'agit de l'unique rencontre officielle entre les différents niveaux des structures sanitaires, ainsi qu'entre les structures publiques et privées (centres confessionnels, ONGs, etc.), bien que le personnel soignant des périphéries ne soient pas tous présents, mais juste représentés.

Ponctuellement, il arrive que certains infirmiers d'USP frontalières avec d'autres pays, tels le Ghana ou le Bénin, soient invités à des cadres de concertation dans le but de mettre en accord et soutenir les activités l'un de l'autre, sachant qu'ils partagent parfois les mêmes patients. A titre d'exemple, lors d'une campagne de vaccination au Ghana, les USP aux alentours furent invitées à une réunion pour collaborer.

Sous l'égide de 3ASC, des commissions santé ont été mises en place pour une meilleure collaboration entre le personnel soignant des USP et la communauté. Cette dernière identifie ses problèmes et présente ses doléances à la commission, ce qui enclenche un processus de négociation avec le personnel soignant dans le but d'une meilleure santé pour tous.

Pour rendre compte de la structure sanitaire de la région, j'ai joint en annexe un organigramme.

En bas de la structure sanitaire, se trouvent des agents de santé communautaires. Ils sont des personnes de moralité choisies par la population. Ils ne sont pas payés mais reçoivent

ponctuellement des perdiems. Ils sont formés sur certains thèmes précis, tels le paludisme, la tuberculose, ou la nutrition. Ils sont chargés de rendre des bilans sur la population, et de référer des malades aux unités de santé. Ils collaborent avec les USP lors d'actions, telles les campagnes anti-paludisme, les campagnes contre la tuberculose, des campagnes de sensibilisation sur tout thème de santé. Ces agents ont reçus de petites formations ; ils sont capables de diagnostiquer, voire soigner, des maladies, telle la toux, la diarrhée, le paludisme et la malnutrition. Ils reçoivent des notions théoriques et pratiques, et des kits qu'ils utilisent sur le terrain.

IV. DÉFINITION DU SYSTÈME DE RÉFÉRENCE ET CONTRE RÉFÉRENCE

En termes simples, le système de référence établit un lien opérationnel entre deux niveaux de santé. La référence consiste à envoyer un patient d'un niveau inférieur au supérieur. La contre référence envoie le patient du supérieur à l'inférieur. Un prestataire d'un niveau moindre envoie son patient vers le niveau plus élevé dans le but d'une meilleure prise en charge du malade, car soit son plateau technique est inadéquat, soit les compétences et les connaissances mêmes du prestataire sont insuffisantes pour diagnostiquer et/ou guérir le malade. Le prestataire prend donc conscience de ses limites techniques et scientifiques. La référence va clairement dans un sens avantageux et positif pour le patient ; celui-ci se voit bénéficier d'une meilleure prise en charge, donc accroît ses chances de guérison. Une fois guéri, le patient est prié de retourner au centre qui l'a référé pour assurer son suivi, et pour une éventuelle suite du traitement. La contre-référence a ses avantages tant pour le patient que pour le personnel soignant (du niveau inférieur). Premièrement, elle assure une bonne communication entre les différents niveaux sanitaires. La contre référence est pour le soignant un type de formation continue ; ce dernier peut prendre connaissance du réel diagnostic de la maladie, des causes et du traitement prescrit. Cela lui permet de confirmer ou infirmer son diagnostic de présomption. S'il rencontre ultérieurement un cas semblable, il sera désormais comment remédier au problème (si le plateau technique est adéquat) ou quels premiers soins administrer en attendant que le patient soit référé. Le centre de référence peut lui remettre des recommandations pour expliquer comment traiter et soigner au mieux le patient, ou établir des premiers soins avant de référer de pareils cas. La contre référence améliore donc la qualité de

l'offre des soins ; elle renforce les capacités techniques des unités de santé périphériques. La traçabilité du patient est également assurée. Pour la mise en œuvre du système, la normalisation des formulaires utilisés et l'efficacité du système d'information réciproque sont des conditions préalables à son bon fonctionnement. Le système de logistique a aussi toute son importance. Si ces conditions sont remplies, il n'y a à première vue aucun désavantage au système.

Théoriquement, il existe quatre niveaux de référence au Togo. Premièrement, chaque communauté détient un Agent de Santé Communautaire. Celui-ci ayant reçu une petite formation, il peut traiter une toux, la fièvre, la diarrhée, des maux de tête ; cinq maladies leur ont été enseignées. Il est d'ailleurs appelé le « petit infirmier » en langue vernaculaire par les paysans. Seulement, si le cas du patient s'aggrave ou ne s'améliore pas endéans les deux jours, l'ASC est tenu de référer le patient à l'USP la plus proche. Dans le cas du paludisme, il existe des petites fiches distribuées aux ASC sur lesquelles ils écrivent la date de référence et les symptômes. Il n'y a aucune contre référence formelle prévue à ce niveau ; les prestataires des USP et les ASC se rencontrent régulièrement (plus d'une fois par mois) et vivent à proximité l'un de l'autre.

La majorité des patients viennent tout de même directement au dispensaire. Ce centre ayant ses limites, le personnel soignant doit pouvoir reconnaître les signes d'alarme lorsqu'il doit référer son patient. Il a reçu une formation par rapport au degré de certaines maladies, il sait les premiers soins qu'il peut donner, il sait quand son plateau technique ne lui permet pas de faire une bonne prise en charge du patient. Le système est prévu de façon telle qu'il est attendu que le prestataire fasse les premiers soins, puis envoie le malade à l'hôpital préfectoral du district. Dans ce cas, il existe une note conçue par l'état qui reprend les motifs de la référence, le diagnostic de présomption, le lieu et la date de la référence, et la description du traitement déjà prescrit. Les cas référés les plus fréquents sont l'anémie, les complications obstétricales ou les hémorragies postnatales, les prématurés, le paludisme grave, les morsures de serpent, les fractures, les accidents, les crises convulsives, la méningite, les douleurs intestinales, les cas chirurgicaux, les douleurs abdominales aiguës, ou un mauvais état général de la personne. Dans le cas de la région des Savanes, l'ONG 3ASC a conçu une fiche auto carbonée spécifique. En 2010, chaque dispensaire dans les districts de Tone, Kpendjal, et Tandjoaré ont reçu gratuitement un carnet de référence et contre référence distribué lors d'une réunion mensuelle de district. A ce moment, les animateurs de 3ASC se sont chargés

d'expliquer son futur fonctionnement. Cette fiche reprend les coordonnées du patient, les observations faites par le prestataire en périphérie, les motifs de référence, le diagnostic de présomption, les observations, les examens faits, les traitements donnés, et le nom du traitant. Ensuite, la deuxième partie de la fiche est consacrée au centre de référence ; c'est à lui de renseigner sur le diagnostic de sortie, les traitements donnés, les examens complémentaires, et surtout les recommandations pour le traitant du centre d'origine. Cette fiche est auto carbonée en trois feuillets de couleurs différentes ; un feuillet reste au dispensaire et s'archive, les deux autres sont donnés au patient qui les rend une fois arrivé au centre de référence. A la guérison et la sortie du patient, la seconde partie est remplie par le prestataire, un feuillet est archivé au centre, le troisième est rendu au malade pour qu'il le remette au traitant qui l'a référé. Ces fiches sont donc l'outil mis en place pour assurer le fonctionnement du système de référence et contre référence dans la région des Savanes. Formellement dans les normes, il s'agit donc du premier niveau de référence : des Unités de Soins Périphériques au Centre Hospitalier Préfectoral.

Néanmoins, il s'avère que les polycliniques des districts détiennent une maternité, un laboratoire, et d'autres structures, mais ne peuvent faire des interventions chirurgicales, des césariennes, des transfusions, etc. Le centre comporte un médecin généraliste et des assistants médicaux mais aucun spécialiste. Son plateau technique se trouve parfois limité face à certains cas ; il faut donc référé. Ce second niveau de référence se déroule entre le CHP et le CHR ou la pédiatrie s'il s'agit d'un enfant de moins de 10ans. Dans la région des Savanes (excepté dans l'Oti), ce niveau de référence s'effectue également avec l'outil de 3ASC.

Le CHR lui détient une maternité, un service de soins intensifs, un service de médecine, un service chirurgical, un spécialiste ophtalmologue, un spécialiste stomatologue, un laboratoire, et une radiologie. Bien que le personnel se plaigne du manque de matériel adéquat, le CHR tente de prendre en charge tous les patients de la région. Il arrive évidemment que certains cas les dépassent. A titre d'exemple, il n'existe pas de neurologue, ou de scanner. Un quatrième niveau de référence peut donc avoir lieu où le patient se voit transféré au CHU, Centre Hospitalier Universitaire de Lomé. Ce niveau de référence s'avère tout de même rare, et n'a parfois pas lieu tous les mois. Des fiches conçues par le CHR sont disponibles pour ce type de référence.

Tout ce cheminement du patient reflète le premier sens de la référence. Il s'avère que dans la pratique des étapes peuvent être sautées. J'aborderai le dysfonctionnement de la référence

dans un prochain chapitre. Il est ensuite prévu que les informations du patient retournent au centre qu'il l'a référé. La rétro information est primordiale pour la formation du traitant d'origine. Mais actuellement, la contre référence s'avère quasiment inexistante à quel niveau qu'elle soit. J'expliciterais ultérieurement les causes du dysfonctionnement de la contre référence.

J'ai ici exposé le fonctionnement du système de référence et contre référence prévu par les normes et politiques nationales. Mais il n'est pas étonnant d'apprendre qu'il existe des obstacles et des déviations quant à sa bonne mise en œuvre.

4. 1. Le système dans sa pratique

Les avantages du système ont été clairement mis en relief. Cependant, les inconvénients et difficultés sont loin d'être absents.

Un premier aspect à souligner est le fait que la référence entre les USP et le CHP ne se fait que rarement. Le CHR tend à être à la fois le deuxième et troisième niveau de référence, avec la pédiatrie. Ceci est dû à l'incapacité technique des CHP de satisfaire les demandes de soins ; ils ne peuvent faire de césarienne, d'intervention chirurgicale, de transfusions, ni de réanimation (ces services étant les plus sollicités lors d'un cas référé). Le plus souvent, les USP m'affirment référer leur patient à la polyclinique en cas de demande d'analyses, et éventuellement dans le cas de petites interventions chirurgicales. Mise à part l'insuffisance technique, les raisons pour lesquelles on réfère directement à Dapaong sont aussi géographiques. A titre d'exemple, la polyclinique de Mandouri dans le district de Kpendjal se trouve parfois à une distance de plus de 100 km d'un dispensaire, alors que Dapaong n'est qu'à une trentaine de kilomètres. La polyclinique peut se trouver parfois plus proche, mais étant donné la faible probabilité que le centre puisse prendre correctement en charge le malade, le prestataire préfère référer directement au CHR. Seul le CHP de Mango est fort fréquenté, dû à la distance qui sépare l'Oti de Dapaong, et suite à son plateau technique de bonne qualité.

Un désavantage évident du système de référence est le déplacement concret du patient d'un point à un autre. Ce problème se fait ressentir particulièrement dans la région des Savanes où les distances entre les différents niveaux de référence sont grandes. Surtout, l'accès

géographique y est difficile compte tenu de l'état des routes. En saison des pluies, certaines routes sont impraticables en voiture, voire parfois même en moto dû à la montée des rivières. Par conséquent, le Togo étant un pays étroit, il est alors parfois plus avantageux tant géographiquement qu'économiquement de se rendre dans des dispensaires transfrontaliers. Suite à ces difficultés d'accès des centres de référence, la référence se déroule trop lentement. Le temps qu'un patient soit transféré d'un niveau à un autre, son cas peut s'aggraver. Le mauvais réseau routier en est la cause mais également le système logistique de la santé publique. Comme énoncé auparavant, pour toute la région de 690 000habitants il n'existe que trois à quatre ambulances. Chaque directeur préfectoral détient un véhicule de supervision qui est alors parfois utilisé comme ambulance. Ceci me semble cependant rare car le DPS est souvent absent pour des formations, des cadres de concertation, des réunions, ou autres. Le plus souvent, les patients se déplacent en taxi moto, ou avec des véhicules du marché. Je laisse place à l'imagination des lecteurs quant à l'idée d'une parturiente en plein travail natal référée à moto pour cause de complications ou d'hémorragies...

Tous les déplacements sont aux frais des patients. Ceci explique pourquoi ces derniers préfèrent parfois prendre la moto, un transport qui consomme moins de carburant qu'un 4X4. Le cout de la référence est alors un grand désavantage du point de vue du patient. Le fait de devoir trouver de l'argent pour se déplacer jusqu'en ville participe à la lenteur de la référence. Les paysans n'ont pas toujours les moyens financiers dans l'immédiat, et cela peut mettre plusieurs jours parfois pour trouver la somme requise, surtout en période de soudure.

Le temps est donc précieux lors de la référence, mais il se perd suite à l'état des routes, aux intempéries lors des saisons pluvieuses, au pauvre système logistique de transport, au coût des déplacements. Pour réellement rendre compte du circuit de la référence, j'aimerais dresser le parcours des patients de façon complète.

4. 2. Le parcours des patients

4. 2. 1. Le cheminement vers le centre de référence

Un paysan prenant conscience de sa maladie peut décider de faire appel au « petit infirmier », c'est-à-dire l'Agent de Santé Communautaire. Le premier niveau de référence énoncé précédemment entre les ASC et les USP est plutôt informel et n'est pas systématique. Il est

vrai que les ASC sont formés pour faire les premiers gestes avant d'évacuer mais ce transfert n'est pas perçu comme un réel niveau de référence. Selon un de mes intervenants, il pourrait éventuellement exister quelque fois une relation de tension entre les ASC et certains villageois, mais ces problèmes se font ressentir lors de distribution de kits ou de moustiquaires, ce qui n'a pas lieu dans le cadre de la référence. L'ASC a donc le rôle d'accompagner le malade à l'USP la plus proche si sa souffrance persiste.

Dans le cas de figure où l'ASC n'intervient pas, le malade peut décider d'aller de lui-même au dispensaire s'il diagnostique les causes de sa maladie comme naturelles. En effet, il existe différentes types d'offres de soins en milieu rural ; soit la biomédecine offerte par l'état ou des centres confessionnels, soit la médecine traditionnelle offerte par les tradithérapeutes du village. S'ajoute aussi l'automédication ; il existe des vendeurs ambulants de médicaments dans les marchés. Ceux-ci vendent des produits à moindre prix sans besoin de prescription, mais sans notice ni date de péremption ! Il existe donc un pluralisme médical dans le milieu, qui peut malheureusement entraver le système de référence dans une certaine mesure.

Un patient qui arrive au dispensaire peut donc avoir subi déjà certains traitements, soit traditionnels, soit via l'auto médication. Le problème est qu'il n'en fera pas mention au soignant qui le reçoit. Les patients n'abordent pas le sujet de la médecine traditionnelle dans un centre biomédical. De plus, ils connaissent l'opinion des prestataires sur les produits vendus au marché, donc ils s'abstiennent généralement aussi de dire ce qu'ils ont pris antérieurement, dans le but d'être bien accueilli par l'infirmier. Ce dénier n'aura donc aucune idée de ce que le patient aurait déjà ingurgité, ce qui ne l'aide pas lors du diagnostic et du choix du meilleur traitement à prescrire. (Cependant, il s'avère que l'automédication est malgré tout un sujet moins délicat que la médecine traditionnelle au sein des structures sanitaires publiques). Passer chez le marabout du village peut parfois aggraver le cas du malade si le thérapeute n'admet pas ses limites. Un tradithérapeute n'envoie presque jamais un patient vers un centre de santé car il ne peut perdre la face en s'avouant dans l'incapacité de soigner.

J'ai tenu à préciser ces cas, mais ils restent tout de même minimes. Le plus souvent, le patient se rend directement à l'USP et fait appel à la biomédecine. Le fait est qu'il existe peu d'études quantitatives sur le pluralisme médical ; aucune recherche ne permet de rendre compte exactement le pourcentage de fréquentation des deux offres de soins.

Le patient se déplace à pied ou à vélo ; il peut habiter dans un rayon de 30km par rapport à l'USP. Il se déplace en compagnie d'un proche. En général, les patients que j'ai interrogés venaient d'un village aux alentours du dispensaire. Seulement, certains soignants se plaignent de patients dits 'ambulants', des « malades flottants ». En effet, les malades ne se fixent pas toujours à un dispensaire ; ils voyagent entre différents centres pour plusieurs raisons. La première est qu'il s'agit de paysans détenant des terres dans différents lieux. Lors des récoltes, ils ont donc tendance à voyager. S'ils tombent malades, ils vont se rendre à l'USP la plus proche, mais cette dernière n'est peut-être pas celle de sa communauté. Comme me l'indique un infirmier « *Parfois ils ont un carnet de santé différent pour chaque dispensaire où ils se rendent. On a donc du mal à connaître leur historique. Ils ne sont aucunement fidèles à un dispensaire précis ; et cela les importe peu* ». Il est vrai que les villageois ne réalisent que peu l'importance que peut accorder un infirmier à pouvoir suivre et avoir une traçabilité de sa patientèle. Un autre assistant médical se plaignait aussi que son centre médical social était sous fréquenté ; « *Les habitants du village préfèrent se rendre dans des USP plus lointaines de chez eux, je ne sais pas pourquoi. Mais c'est une réalité au Togo ; au lieu d'aller à l'USP à côté de chez eux, ils vont le plus loin possible* ». Il m'a été difficile de vérifier ces dires auprès des patients, mais il se peut en effet que certains villageois préfèrent se faire soigner loin de leur communauté pour éviter toute stigmatisation. Ce serait donc dans le but de cacher sa maladie, son infortune, ou son malheur et éviter que de rumeurs courent... A nouveau, ces facteurs entravent le bon fonctionnement du système de référence et contre référence suite à une difficile traçabilité du patient.

Une fois arrivé au dispensaire, le malade se fait consulter. Si l'infirmier major est absent, les autres membres du personnel s'en chargent. Ces personnes ayant des qualifications moindres, il se peut qu'elles ne détectent pas tout de suite les signes d'alarme pour évacuer le patient⁵. Pour référer, tout prestataire est censé utiliser les fiches distribuées par 3ASC. Cependant, cela fait parfois plus d'un an qu'elles sont en rupture de stock ! Peu de centres dans lesquels je me suis rendue en détenaient encore. Par défaut, ils évacuent en inscrivant dans le carnet de santé du patient qu'il s'agit d'un cas référé.

⁵ Suite au manque de ressources humaines en milieu rural, certaines personnes n'ont reçu aucune formation formelle en santé, mais elles sont là et accueillent les patients du fait qu'on leur ait reconnu une certaine compétence acquise avec l'expérience. A titre d'exemple, j'ai pu observer qu'un ancien gardien de l'USP portait à présent une blouse d'aide-soignant.

En théorie, le patient devrait alors être transféré directement en ambulance vers le centre de référence. Une partie des malades acceptent la référence et se pressent à se rendre à Dapaong, considérant la gravité de leur cas. C'est le schéma le plus courant. Seulement, beaucoup de villageois ont peu de moyens financiers. L'argent semble être bel et bien le nœud central du bon déroulement de la référence et contre référence. Tous sont conscients que les prix des traitements dans les centres de référence sont nettement supérieurs que ceux en périphérie, et tous connaissent le montant qu'il faudrait déboursier pour se déplacer jusque-là. Se voir référer à Dapaong peut détenir une certaine représentation selon des villageois. *« Certains croient qu'on veut leur faire du mal, mais une fois qu'on explique ça va mieux »* *« Certains te supplient pour que tu les soignes ici. Ils voient cela comme une punition. Parfois, ils ne veulent pas partir d'ici, ils restent 3 jours ici alors que je les ai évacués. La fois passée un enfant est mort, parce que son père voulait pas l'amener jusqu'en ville »*. De plus, certains patients n'ont pas de parents à Dapaong, et ils savent donc qu'ils ne pourront s'appuyer sur un de leurs réseaux pour trouver de l'aide sur place. Il est vrai que les malades choisissent leur lieu d'hospitalisation en fonction de leur réseau social et familial. Ils vont à Tanguieta (Bénin), ou au Ghana si leurs familles s'y trouvent. Le logement sera alors gratuit pour les accompagnants, et trouver de l'aide en cas de force majeure sera moins compliqué.

Un infirmier m'a raconté qu'un de ses patients tenta de se suicider lorsqu'il apprit qu'il devait être référé. D'autres patients décèdent même du fait qu'ils prennent trop de temps à se décider de bouger, ou simplement du fait qu'ils refusent de s'y rendre suite au manque de moyens. Certains sont donc catégoriques, surtout lors des périodes de soudure où la famine se fait plus vite ressentir. Mais ces cas sont des cas extrêmes. Le plus souvent, le personnel soignant tente de convaincre la famille de se déplacer, et tente d'expliquer clairement pourquoi il faut qu'elle s'y rende, et la prépare psychologiquement. Les patients et leurs accompagnants comprennent, mais il leur faut du temps pour rassembler une somme d'argent suffisante pour se déplacer et couvrir les futurs frais à l'hôpital. Ils retournent donc chez eux avant de se déplacer, le temps de trouver les fonds ; soit ils tentent de recevoir des prêts ou des dons de la part de leur entourage, soit ils vendent une bête dans l'immédiat. Un autre cas de figure est celui qui dit qu'il se rend au centre de référence, mais préfère aller consulter le tradithérapeute. Soit il diagnostique la cause comme sociale ou surnaturelle, soit il pense que ce traitement lui sera moins cher. Le personnel soignant se plaint beaucoup du fait que les villageois se disent indigents alors qu'ils peuvent dépenser de grosses sommes chez les « charlatans ». Il est vrai que les dépenses de la biomédecine et de la médecine traditionnelle

peuvent parfois être de somme équivalente, mais le problème est que les communautés rurales associent clairement les soins modernes avec une notion de cherté. La représentation du coût de l'offre biomédicale apparaît toujours plus élevée, bien qu'elle ne le soit pas toujours dans les faits.

De plus, certains patients n'acceptant pas leur transfert, tentent leur chance dans d'autres USP. Arrivant sans leur carnet de santé, ils espèrent que cette fois le verdict n'est pas le transfert mais la prise en charge immédiate au lieu même. *« Je vois que les patients sont partis en laissant leur carnet de santé. Je ne sais pas si c'est par distraction ou si c'est fait exprès. Mais en général, c'est pour aller dans d'autres USP et tenter leur chance de s'y faire soigner pour éviter d'aller à Dapaong. Ils disent alors aux prestataires des autres dispensaires qu'ils ont oublié leur carnet à la maison »*. Egalement, il existe parfois des tabous quant aux déplacements de certaines personnes dans certains lieux. *« Ici, un enfant avant un certain âge ne peut dépasser les 20km aux alentours de son village. C'est un tabou qui fait partie de leur croyance ; il y a interdiction de quitter ce périmètre. Et puis il pense qu'il va mourir là-bas, donc ça ne sert à rien de se déplacer »*.

Comme je l'ai dit précédemment, plusieurs formations sanitaires se situent proche des frontières. Les habitants proches du Ghana ou du Bénin ont tendance à s'y rendre, car ils pensent que l'offre des soins est moins chère, et parfois même de meilleure qualité. (Cependant, les Burkinabés ont tendance eux à se déplacer jusqu'au Togo.) Il semble clair qu'à ce moment, la contre référence ne revient pas.

Une fois l'argent rassemblé, il faut trouver un moyen de locomotion : le véhicule du marché, une ambulance, une moto ambulance, ou une moto taxi, etc. Les malades partent toujours accompagnés d'un de leurs proches, le plus souvent il s'agit d'un membre de la famille. Suite au sous-effectif de personnel dans les centres de santé, aucun soignant ne suit le malade. L'accompagnant se charge donc de tenir tous les documents nécessaires pour sa référence, c'est-à-dire son carnet de santé et son éventuelle fiche de référence. Si cette dernière est octroyée, les patients se chargent de bien la garder. En effet, cette fiche les rassure car cela minimise l'inconnu dans lequel ils se projettent ; selon eux, cela représente et insinue qu'ils vont être reçus et accueillis plus facilement et plus rapidement. Les paysans, souvent illettrés, ne peuvent comprendre réellement le contenu de cette fiche mais peuvent saisir son importance grâce à l'explication qu'en donnent les soignants. Tous insistent pour qu'ils la présentent au centre de référence. *« On leur dit que grâce à cette fiche, ils seront bien reçus.*

Donc ils gardent, ça j'en suis sûr ». Lors de mon enquête auprès des patients, je remarque que certains ont bien été informés sur l'importance de ce feuillet. Ils le gardent car, selon eux, il leur permettra d'être plus vite reçus aux urgences. Toutefois, d'autres patients furent indifférents face à ce bout de papier ; ils ne savaient pas pourquoi on le leur avait rendu avec le carnet de santé. Mais ils l'ont tout de même présenté au centre de référence, si la fiche était bien pliée dans leur carnet. Toutefois, ils arrivent que les patients se déplacent même sans aucun papier ; ils oublient même leur carnet de santé. Un infirmier explique : « *Le carnet parfois, ils le perdent, c'est un monde paysan donc il s'en foutent du carnet. Parfois, les patients viennent sans carnet. Parfois, une personne en a 10 parce qu'à chaque consultation, il en prend un différent.* »

Dans de rares cas, s'opèrent des jeux de « passe-passe » avec le patient. Par exemple, une femme interviewée me décrit son parcours : « *je sentais que j'allais accoucher, alors je suis allée au poste de santé proche du Ghana. C'était un centre de réfugiés. De là, ils m'ont transférée au dispensaire le plus proche en ambulance. Ensuite, les infirmiers de l'USP ont réalisé qu'ils ne pouvaient pas s'occuper de moi, donc ils m'ont dit d'aller à Dapaong. Et je suis partie avec un véhicule du marché. Arrivé à la maternité du CHR, j'ai subi une césarienne.* » Le parcours d'un patient peut parfois être long avant d'être pris en charge correctement, ceci peut influencer sur l'état et l'avancement de la maladie. Cela explique pourquoi les prestataires en périphérie tentent de ne pas référer au CHP dans le but d'éviter ce genre de situations.

4. 2. 2. Le circuit dans le centre de référence

Après tout ce chemin et ces obstacles financiers, culturels, sociaux (telle l'ignorance et/ou la négligence), le patient arrive au centre de référence : le CHR ou la pédiatrie à Dapaong. Sur place, il se dirige au service d'admission. Théoriquement, il est prévu qu'un service porte soit fonctionnel pour accueillir les cas d'urgences. Au CHR, des panneaux l'indiquent, mais seule l'indication est présente ! Il n'existe aucune entrée d'urgences. Les patients doivent donc faire la file à l'accueil. Le fait qu'une personne soit référée n'implique pas qu'il soit reçu en premier ; les patients sont consultés par ordre de gravité. En général, les patients m'affirment qu'ils sont vite reçus. En outre, comme c'est bien connu au Togo, les relations familiales ou sociales étendues sont toujours avantageuses pour quiconque sait en jouer ; si le patient a un

parent ou une relation au sein du personnel soignant, il sera plus vite admis. Selon les prestataires des centres de référence, le service n'est que très rarement prévenu de la venue du patient, voire jamais. Les infirmiers en périphérie eux disent qu'ils leur arrivent quelques rares fois de téléphoner pour prévenir d'un cas urgent à prendre en charge, ainsi que d'appeler pour prendre connaissance du diagnostic.

Dès son arrivée à l'accueil, le patient doit payer un bon. Seulement, après tout son circuit depuis le village, le patient arrive souvent sans plus aucune ressource financière. Pour les indigents, ni le CHR ni la pédiatrie n'a de service social. Les sœurs à la pédiatrie tentent tout de même d'aider certains indigents, ainsi que le CHR reçoit des subventions de l'état pour les patients sans moyens. Ils prélèvent aussi un pourcentage minime de leurs recettes pour l'octroyer au cas indigent. Le soignant doit donc voir la direction pour demander une aide avant de prendre en charge le patient. Il existe aussi des sortes de prêts, où l'on attend que l'accompagnant apporte la somme d'argent prêtée à la fin de l'hospitalisation du malade. Les évasions sont aussi fréquentes au CHR ; les patients s'évadent pendant la nuit à nouveau par faute de moyens.

Le patient peut parfois arriver dans un état très critique, étant donné son long parcours avant d'arriver au centre de référence. La perte de temps influe sur son état de santé et l'avancement de la maladie. Deux hôtesse à l'accueil se chargent d'envoyer le patient dans un service ou un autre selon ce qu'elles diagnostiquent à première vue. Ces deux personnes n'ont aucune formation médicale, il se peut donc qu'elles n'orientent pas toujours le patient dans la bonne direction. Cependant, si le patient tient sa fiche de référence durement remplie, elles seront directement où l'envoyer. A nouveau, sans cette fiche de référence ou une description claire de la cause de référence dans le carnet de santé, le patient perd du temps à être consulté par un assistant ou médecin pour savoir dans quel service l'envoyer. La fiche de référence lui permet normalement d'être directement dirigé vers le service approprié. Par exemple, il arrive que le patient soit envoyé en médecine interne alors qu'il devait être en chirurgie. Ce genre d'incidents devrait être évité grâce à la fiche de référence.

Lors de son hospitalisation au CHR, le patient peut se voir affecté dans différents services. A titre d'exemple, un patient aux soins intensifs sera transféré en médecine générale, ou encore, un patient en médecine générale peut changer de service et aller en chirurgie. « *On joue parfois au pingpong avec les patients* » me dit un assistant médical. Le patient circule entre différents services toujours suivi de son dossier. Aux soins intensifs, la fiche de référence est

agrafée au dossier. Il est rare que le service des soins intensifs libère de lui-même un patient. Dans les autres services, j'ai cru comprendre qu'elle était aussi glissée dans le dossier du patient ou gardée dans le bureau du médecin ou de l'assistant traitant. Le fait qu'il n'y ait pas de réponses vraiment claires quant au lieu de conservation de la fiche démontre une relative négligence quant à son importance. Dans le cas où le patient change de service, il se peut donc que le médecin traitant ne prenne pas connaissance que le patient ait été un cas référé. Ceci peut éventuellement entraver la contre référence.

Toutefois, les soignants du CHR ont tous affirmés que la communication entre les différents services s'est nettement améliorée depuis peu. Il y a un ou deux ans, il arrivait qu'on perde la trace d'un patient au sein même du CHR ! Toutefois, des réunions ont été organisées entre les membres du personnel pour résoudre ce type de problèmes. Grâce à ces réunions, beaucoup d'incidents sont à présent évités. Malheureusement, elles n'ont plus eu lieu en 2011. En revanche, chaque vendredi le personnel soignant du service des soins intensifs et de la médecine générale parcourent leurs services pour s'échanger toutes les informations de leurs patients et analyser ensemble certains cas. Le service de chirurgie semble lui mis à l'écart.

Lorsque le patient est guéri, l'assistant médical ou le médecin traitant décide de le libérer ; il en informe l'infirmier qui se charge de libérer le patient, et qui lui donne un rendez-vous pour un contrôle. Le patient devra retourner au CHR endéans le mois. Lors de la libération, l'infirmier a la charge de synthétiser le séjour d'hospitalisation du malade dans son carnet de santé : il écrit très brièvement le diagnostic, les résultats des analyses, et les traitements donnés. Le dossier du patient est archivé (on note tout de même un peu de négligence administrative ; un médecin m'affirme qu'il arrive qu'on perde les dossiers une fois le patient libéré !).

Si le cas du patient semble ne pas pouvoir être pris en charge au CHR, la référence vers le CHU est possible. Soit le patient part en ambulance accompagné d'un aide-soignant s'il s'agit d'un cas très grave, soit il part par ses propres moyens seul avec ses proches (ce qui met généralement plus de temps, et le patient devient à coup sûr un « perdu de vue »).

Quant au fonctionnement de l'hospitalisation d'un enfant à la pédiatrie, il s'avère que le système diffère un peu. Les plus souvent, les enfants référés sont des enfants anémiés. Ils sont donc envoyés en salle de réanimation pour recevoir une transfusion de sang. Cependant, il est obligatoire qu'un parent ou une tierce personne donne son sang avant qu'on perfuse l'enfant.

Cette règle est stricte, sinon la pédiatrie tomberait trop souvent en rupture. Cette demande est difficile à accepter pour les parents. En effet, beaucoup sont réticents à donner leur sang. Perdre tant de sang est représenté comme une perte de force. Certains paysans disent qu'ils ne pourront plus travailler aux champs s'ils donnent leur sang, ou qu'ils tomberont eux aussi malades en plus de leur enfant. Le personnel soignant doit vraiment négocier durement avec la famille pour qu'elle accepte. Après un séjour dans la salle de réanimation, les patients sont envoyés en salle de médecine, et à partir de là il est possible qu'il soit libéré par un infirmier mais sous ordre d'un médecin ou assistant. A nouveau, il prescrit une date pour le contrôle. La fiche elle a été glissée dans le dossier du patient dès le début. Mais, il n'est pas prévu d'avance qui doit remplir la fiche de contre référence. Etant donné que l'infirmier est celui qui libère le patient, les médecins lui remettent la responsabilité de la contre référence. Cependant, il n'en est pas spécialement informé, et le médecin ou l'assistant serait la personne la plus apte à le faire (il est logique et attendu que ce soit un soignant aux compétences supérieures qui enseigne et fasse des recommandations à l'infirmier traitant d'origine).

Entre la libération du patient et le contrôle, il se peut parfois que le patient reste à Dapaong. Si celui-ci détient de la famille en ville, et que le contrôle n'est programmé qu'à deux semaines d'intervalle, il peut juger un aller-retour au village comme inutile. Cependant, la majorité des patients retournent chez eux une fois libérés. Ils conservent tous les papiers reçus au centre de référence avec leur carnet de santé quelque part chez eux. En effet, ils ont les reçus de factures, des papiers administratifs, etc. et qui sait, éventuellement une fiche de contre référence. Seulement, le patient ne peut distinguer si un papier semble plus important qu'un autre s'il n'est pas informé. Quand je questionne les patients pour savoir s'ils retournent au dispensaire, ils me demandent pourquoi ils le devraient car personne ne leur a demandé. Lors des interviews avec les patients, certains me disent ne pas avoir compris pourquoi on les référait avec une fiche, ce qui induit qu'ils ont encore moins la notion qu'ils faillent revenir au centre avec cette même fiche.

4. 3. La contre référence

J'ai à présent décrit dans les détails le circuit de la référence, et j'ai également mentionné que la contre référence s'avérait la plus souvent inexistante. Il est donc intéressant d'aborder actuellement les causes de ce dysfonctionnement.

Premièrement, tous les prestataires quel que soit leur niveau s'accordent sur l'importance et l'utilité de cette contre référence. Cette rétro information est essentielle pour la formation des périphéries et pour un meilleur suivi du patient. Elle permet aussi d'avoir des données statistiques plus précises et justes. En outre, si la périphérie est sûre que la contre référence se fasse systématiquement, son absence signifiera que le patient ne s'est pas déplacé. Par conséquent, l'infirmier pourra se déplacer chez le patient pour vérifier son état, ou envoyer un ASC pour qu'il l'amène à son niveau. Dans les cas de décès, il est également primordial d'avoir la rétro information. S'il s'agit d'une pathologie épidémique ou à cause sociale (comme l'alcoolisme par exemple), l'équipe médicale en périphérie peut alors tenter avec les ASC d'éradiquer la cause provocatrice de ces pathologies dans la communauté, ou peut tenter de sensibiliser la population pour éviter ce type de décès ultérieurement.

Comme énoncé précédemment, le système administratif au sein du CHR n'est pas parfait. Des personnes sont cependant désignées pour s'occuper des tâches administratives, (par exemple, le garde patient en chirurgie). Mais, il n'existe pas de secrétariat. Il en résulte que parfois certains dossiers se perdent. Les médecins et assistants médicaux en revanche n'ont pas réellement de surcharge administrative ; leur rôle reste clinique. Ils sont juste tenus de remplir leur registre ...et la contre référence ! La contre référence est un type de formation continue pour la périphérie de la part du niveau technique supérieur ; il semble donc évident que ce soit une personne de compétences supérieures qui conseille et envoie la contre référence à l'infirmier. Les médecins et les assistants médicaux sont donc les personnes visées. De plus, les prestataires des centres de référence m'affirment que chaque patient est pris en charge par un médecin ou un assistant lors de son séjour hospitalier ; l'infirmier n'ayant pas un rôle de consultation mais juste d'exécution des injonctions (dictées par les médecins). Au CHR, le personnel réalise leur négligence quant à la contre référence. Il en est de même à la pédiatrie, bien que le personnel soignant pose la responsabilité de ce dysfonctionnement chaque fois à un autre niveau que le sien. Par exemple, les médecins disent que cette tâche fait partie du rôle de l'infirmier, qui libère le patient de la salle de médecine, alors que l'infirmier pense que cette fiche ne lui est pas attribuée. Chaque acteur tente de se déresponsabiliser. Le problème est que tant qu'il n'y pas de discussion claire sur qui doit remplir cette fiche, tant qu'on ne désigne pas formellement la personne en charge de la contre référence, la tâche ne sera jamais accomplie. Une chose fixée est le fait que cette fiche doit être remplie lors de la libération du patient à sa guérison, c'est-à-dire une fois que le diagnostic posé est certain, que les analyses et examens soient définitifs et que les traitements prescrits furent efficaces.

Il n'est pas à négliger la surcharge de travail qu'endure le personnel dans les centres de référence. Celui-ci a pour but premier de soigner et guérir son malade, ce qui reste à côté est vu comme secondaire. Le voyage des patients entre différents services compliquent aussi la désignation claire d'une personne en charge de la contre référence. Certains prestataires disent tout de même parfois écrire une note sur un papier volant à l'adresse du traitant d'origine (dans le cas d'absence de fiche de référence). Seulement, en le donnant à leur patient, ils n'ont aucune idée si celui-ci va bel et bien l'amener. Plusieurs prestataires, mais de loin pas tous, recommandent au patient de retourner à l'USP présenter son carnet de santé. A nouveau, ils n'ont aucune idée si le malade s'exécute. D'autres soignants avouent ne jamais avoir conseillé cela à leur patient.

Dans tous les cas, il en ressort que les prestataires en périphérie n'ont pas de suivi de leur patient ; ils sont « perdus de vue ». Parfois, ils ne savent même pas si celui-ci est resté au village, ou s'est déplacé en ville, s'il est guéri ou décédé, etc. Toutefois, les prestataires usent de stratégies pour en savoir plus. S'ils veulent vraiment détenir un feedback, soit ils téléphonent à un soignant qu'ils connaissent dans le centre de référence, mais cela est rare et n'a pas été vérifié, soit ils rendent visite au CHR lors d'un de leur déplacement en ville, soit ils collaborent avec l'ASC pour savoir si le patient est bel et bien parti, s'il est guéri, etc. La plupart dit prier le patient lors de son évacuation pour qu'il revienne se présenter après sa guérison, mais comme une infirmière me disait « *le malade quand il est malade, il court, mais quand il est guéri, il s'en fout* ». De plus, tous ne leur demande pas.

Eventuellement, les prestataires peuvent vérifier le carnet du patient lors de sa prochaine visite médicale au centre. Mais cela peut prendre plusieurs mois. Il s'avère tout de même que les mères référées pour cause d'accouchement difficile ou de prématurés ont plus vite tendance à retourner à l'USP d'origine pour venir présenter l'enfant. En outre, si elles ont subi une césarienne, l'infirmier est chargé de s'occuper de ses pansements. Lors du suivi de traitements, l'infirmier peut voir dans le carnet de santé ce qu'a subi sa patiente. La contre référence se fait donc de cette manière.

En conclusion, la contre référence a parfois lieu d'être mais de façon passive et informelle. On ne peut que peu compter sur le patient pour qu'il se rende à nouveau à l'USP, car celui-ci a tendance à perdre la fiche, voire son carnet de santé. Souvent illettré, il n'accorde que peu d'importance à la paperasse, surtout si on ne lui en explique pas l'utilité. Le patient n'habite pas toujours très près du dispensaire d'où il a été référé ; si celui-ci ne se trouve pas sur son

chemin de retour de Dapaong, il aura tendance à négliger le détour. Le déplacement peut être vu comme une perte de temps ou une dépense supplémentaire (dû au coût du trajet). On peut se demander si dans le cas où il est sensibilisé fermement par l'infirmier d'origine et par le traitant du centre de référence, si le patient se déplacera jusqu'au dispensaire avec la fiche dûment remplie. Selon certains patients, ils le feraient ; *« si on nous le demande, oui on va aller, mais on ne nous a pas demandé de retourner ici, alors pourquoi revenir si on n'est pas malade »*. Selon beaucoup de prestataires, on ne peut compter sur lui. Cependant, il est à noter que pour le contrôle après l'hospitalisation, aucun prestataire ne se plaint ; le patient qu'on informe pertinemment revient toujours pour son contrôle endéans le mois, alors qu'il est guéri. Si le contrôle fonctionne grâce à la sensibilisation auprès du patient, pourquoi la contre référence ne fonctionnerait pas avec cette même sensibilisation...

4. 4. Spécificité de chaque centre et district

Avant d'aborder un autre aspect du système, il est à ne pas oublier que chaque district a ses spécificités, voire chaque USP. La différence la plus flagrante est le déroulement du système au sein du district de l'Oti. Cette préfecture est la plus éloignée de Dapaong, et il détient un centre hospitalier préfectoral de bonne qualité comparé aux autres. Les prestataires réfèrent donc d'abord au CHP avant le CHR (bien que cela dépende de la localité des USP, ainsi que du groupe ethnique du patient ; si celui-ci détient plus de famille à Dapaong, il préférera s'y rendre grâce à ses réseaux sociaux.). Le CHP lui réfère aussi au CHR de Dapaong, mais les patients peuvent décider d'aller à Tanguieta, un centre confessionnel au Bénin de moindre coût et doté d'un plateau technique supérieur. Ce problème existe pour tous les centres de santé proches des frontières. Les prestataires ont beau référés à Dapaong, le patient décidera de lui-même le lieu le plus avantageux où se faire soigner, et ce en fonction de ses propres paramètres (la distance, le coût, l'état des routes, ses réseaux familiaux et sociaux).

Tone étant le district entourant Dapaong, les prestataires peuvent plus facilement se procurer la rétro information de façon informelle (par exemple, en se déplaçant jusqu'au CHR, jugé pas trop éloigné). Egalement, certains Directeurs Préfectoraux de la Santé ont déjà abordés la problématique de référence et contre référence lors de leurs réunions mensuelles, et ont moins de soucis quant à son fonctionnement à l'intérieur du district, c'est-à-dire entre les USP et le CHP.

4. 5. Les relations centre-périphérie

Ayant pris connaissance des barrières auxquelles devait faire face le patient, il serait intéressant d'analyser la relation entre le centre et les périphéries, c'est-à-dire entre les prestataires des différents niveaux.

Il est clair que les soignants dans les villages et ceux en ville vivent chacun des réalités quotidiennes fort différentes. Bien qu'ils soient tous deux dans un monde professionnel médical, les conditions d'exercice de leur profession diffèrent. Seulement, ces deux groupes de prestataires prennent souvent soins des mêmes patients, et communiquent grâce au système de référence et contre référence, qui s'avère, comme nous l'avons vu, peu efficient. Lors de mon enquête, j'ai remarqué que, d'un côté comme de l'autre, ils ne réalisent pas la complexité des tâches de travail de leurs confrères, mais tendent à les simplifier. Les soignants dans les centres de référence ont toujours un reproche et une critique à ériger contre ceux des périphéries et vice versa. La communication entre eux étant quasi inexistante, ils n'ont aucun moyen de s'expliquer et de se justifier. En effet, il n'existe aucune rencontre officielle entre eux. Les prestataires des périphéries se rencontrent mensuellement lors de leur réunion préfectorale, mais jamais ils n'ont l'occasion de se réunir avec le personnel du CHR ou de la pédiatrie. Le seul lien entre le niveau régional et le niveau périphérique s'établit par l'équipe cadre régional lors de leurs supervisions, mais ceux-ci n'exercent pas au sein du CHR ni de la pédiatrie et ont eux-mêmes peu de lien avec ces deux institutions. De ce fait, les infirmiers en brousse ne connaissent parfois même pas le nom des médecins chefs responsables, ou les horaires de permanence de certains services. (Par exemple, il arrive qu'un infirmier réfère un patient pour une intervention chirurgicale un vendredi, alors que le chirurgien n'opère que les mardis et jeudis pour les cas non urgents).

Comme je l'ai évoqué antérieurement, certains prestataires de la périphérie prennent parfois le temps de se rendre à l'hôpital quand ils sont en ville, ou d'autres téléphonent à un soignant qu'ils connaissent au centre de référence. Certains infirmiers ont même eu l'opportunité d'avoir exercé un bout de temps au CHR ou d'y avoir fait un stage ; ceux-ci sont alors conscients de la surcharge de travail du personnel et ont une idée du parcours du patient au sein même du CHR ou de la pédiatrie avec toutes ses difficultés. Plusieurs infirmiers ayant travaillé dans d'autres structures avant d'être affecté dans la région des Savanes ont aussi constaté l'inefficience du système de référence et contre référence. Parfois ils avouent ne pas s'en être préoccupés lorsqu'ils travaillaient eux-mêmes dans des centres de référence. Leur

préoccupation première était la guérison du malade et non la mise en ordre de leurs papiers administratifs. Malgré la prise de conscience de la part de certains prestataires des USP de la complexité du travail dans les centres de référence, la grande majorité se plaint de leur négligence. *« Au CHR ou à la pédiatrie, ils banalisent un peu ce système-là alors que c'est un système capital pour pouvoir nous situer par rapport à notre insuffisance ou notre incompétence. »*

Et il en résulte exactement la même chose quant aux soignants dans les centres hospitaliers ; ces derniers se plaignent de la légèreté et imprudence du travail des infirmiers en brousse. Premièrement, ils regrettent qu'on n'envoie pas les patients référés avec la fiche de 3ASC. Selon eux, soit elle est absente, soit elle est mal remplie et incomplète. Ils ne savent pas que ces fiches sont en rupture, mais pensent que ce sont les infirmiers qui ne daignent pas de les utiliser. Il est alors parfois simplement écrit dans le carnet « référé pour une meilleure prise en charge », ce qui effectivement ne les avance pas beaucoup. Ensuite, si la fiche est présente, ils la trouvent presque inutile car incomplète. Soit disant, les infirmiers ne prennent pas le temps de remplir correctement cette fiche ce qui entrave leur futur travail. Par exemple, ils ne peuvent connaître les doses des produits déjà administrés, ce qui importe beaucoup car un surdosage peut aggraver le cas ou faire apparaître de nouveaux symptômes. Cette négligence quant au remplissage de la fiche serait selon certains médecins un motif de démotivation pour ne pas remplir la contre référence. *« Si au moins, ils remplissaient correctement la fiche, alors on serait plus encouragé à leur rendre la contre référence »*. *« Faut d'abord se soucier du premier sens de l'information, avant de parler de rétro information »*. Ce genre de réflexions est un moyen de se déresponsabiliser de ses tâches et de mettre la faute sur l'autre. Surtout, cela bloque le fonctionnement du système !

Une des plaintes les plus fréquentes et préoccupante est le fait que les patients arrivent au centre dans un état beaucoup trop tardif et critique. Nous avons vu précédemment la justification de ce retard, mais il est intéressant de voir la représentation qu'en ont les soignants en ville. Tous n'ont pas la même réponse, cependant tous énoncent le fait que l'infirmier en périphérie tarde à référer. *« Normalement, il a été formé pour reconnaître les signes d'alarme, et référer immédiatement le malade une fois ayant détecté ces signes. Mais non, je ne sais pas pourquoi il traîne. »* Selon les prestataires dans les centres, une des raisons principales à l'arrivée tardive des patients dans les centres de référence serait donc suite à la négligence des infirmiers en périphérie. *« Ils font parfois du n'importe quoi dans les*

périphéries ». Les citoyens minimisent les réalités et difficultés de terrain. Ils ont toutefois conscience de la peur de certains villageois à se rendre à l'hôpital et de leur manque de moyens, mais les sous-estiment.

Un autre aspect, d'une moindre importance mais assez révélateur de ce jeu d'accusations entre les centres et les périphéries, est le fait de demander au patient une fois guéri qu'il retourne au dispensaire présenter son carnet de santé ou sa fiche. Le personnel soignant des deux côtés disent parfois le demander, mais pas tous. A nouveau, certains prestataires dans les centres hospitaliers disent qu'il n'est pas de leur ressort de sommer au patient de se rendre à son USP d'origine. Et d'autres soignants en périphérie estiment qu'il n'est pas de leur devoir d'insister auprès du patient pour qu'il revienne, car le malade ne lui appartient plus mais est aux mains des prestataires du CHR. « *On peut seulement lui demander de revenir s'il a besoin de pansements* », me dit un infirmier. (Toutefois, ce type de remarques est tout de même plus rare). En somme, le patient n'est pas prié de retourner à l'USP et la contre référence est nulle. Un autre exemple est le carnet de santé qui permet à l'infirmier en périphérie de voir les antécédents de ses patients. Le carnet est aussi parfois utilisé pour communiquer certaines remarques. « *A Dapaong, arrivé là-bas on change de carnet de santé, on leur demande d'acheter un nouveau carnet.* » Cela donne à penser de la part des prestataires en périphérie que ceux au centre n'ont aucun respect ou aucune pensée pour leur travail. En revanche, il se peut que le patient ne présente pas son carnet, car il a tardé à aller en ville, et c'est une stratégie pour éviter tout grondement envers eux de la part des assistants ou médecins qui analyseront le cas comme critique et tardif.

En conclusion, tant les prestataires de la périphérie et des centres sont déçus par le travail de l'un ou de l'autre et par conséquent se démotivent. Un infirmier avoue que : « *Il fut un temps où je ne remplissais plus la fiche, vu que eux-mêmes ne me revoient pas les contre référence.* » Les dires d'un médecin à la pédiatrie confirment la relative tension latente entre les deux zones : « *Quand tu leur expliques, ils ne veulent pas comprendre. Quand on leur dit il ne faut pas faire comme ça et pas comme ça, et ils ne veulent pas écouter. C'est parce qu'ils sont en périphérie qu'ils doivent faire les soins, mais normalement ce ne sont pas leur formation. Dans un pays normal, tu donnerais le patient à quelqu'un de mieux formé. Alors qu'ils continuent à faire des prescriptions. C'est du n'importe quoi !* ». Par après ce médecin avouera qu'il ne remplit pas la contre référence, alors qu'il la définit comme un forme de

formation continue ! Malgré le dysfonctionnement du système, tous ont acquis l'importance et l'utilité de la référence et contre référence.

V. UN SYSTÈME DE RÉFÉRENCE ET CONTRE RÉFÉRENCE EFFICIENT : LE CAS DES PATHOLOGIES ÉPIDÉMIOLOGIQUES SOUS HAUTE SURVEILLANCE

Rapidement, j'aimerais décrire un système de référence et contre référence qui s'avère fonctionnel et efficace. Plusieurs prestataires l'ont mentionné, ce qui éveilla ma curiosité sur son déroulement.

Il s'agit d'un système s'appliquant uniquement pour des pathologies épidémiologiques, telles la méningite, la pneumonie, le choléra, la fièvre jaune, la peulioménite, la rougeole, et depuis récemment les maladies virales sont ajoutées. Ce sont des maladies à haute contagiosité. Lorsqu'un infirmier en périphérie détecte une de ces maladies, il est tenu d'évacuer le patient au CHR dans l'immédiat, ainsi que de prévenir par téléphone son DPS. Ce dernier se met en contact direct avec l'assistant médical de garde au CHR ou celui à la pédiatrie. Un portable a été mis à disposition expressément pour ces cas d'urgence. Le soignant de garde prépare donc son équipe et le matériel pour accueillir le patient. Quant au déplacement, c'est l'infirmier en périphérie qui le prend en charge (le comité de gestion de l'USP). Une fois examiné le patient, le médecin du centre de référence avertit le Directeur Régional de la Santé. Et ce dernier avertit Lomé. « *Tout le monde est prévenu dans la journée même, la contre référence est faite dans la journée* ». La contre référence a lieu par téléphone via le DPS qui contacte l'infirmier du village pour confirmer son diagnostic. Un staff (-une réunion-) a lieu si possible dans la journée pour débattre des mesures à prendre et pour lancer une investigation. Le fait est que ces maladies nécessitent une réaction immédiate. Vu qu'elles sont épidémiologiques, il faut prévoir directement des mesures de riposte pour éviter toute contagion.

Ce système est financé par l'Agence de Médecine Préventive, une institution qui s'efforce de développer des réseaux de professionnels de santé à travers l'Afrique subsaharienne. Selon l'AMP, le « réseautage » offre une opportunité unique de renforcer les capacités

professionnelles, en mutualisant - au niveau régional - les compétences et expériences acquises par les personnels de santé. C'est donc cette organisation qui prend en charge tous les frais relatifs à la prise en charge des maladies épidémiologiques citées plus haut. La référence et contre référence sont fonctionnelles et rapides mais cela se justifie par le fait que la barrière financière est levée ! Aussi, le personnel a été fortement sensibilisé sur de telles pathologies.

En outre, chaque semaine des rapports sur ce type de maladies sont remis au DRS. Le district est divisé en réseaux de formations sanitaires et un major est désigné comme chef d'un réseau de plusieurs USP. Il est généralement l'infirmier de l'USP la plus éloignée de Dapaong. Tous les lundis matins, sur son chemin vers la ville, ils collectent les rapports hebdomadaires de chaque USP de son réseau. Le déplacement est pris en charge par le COGES du dispensaire.

J'ai voulu décrire rapidement cette structure car il est possible d'utiliser un ou deux de ses éléments pour redynamiser le système de référence et contre référence général. Seulement, il n'est pas à nier que sa réussite est due à son financement extérieur.

VI. RECOMMANDATIONS

Ayant présenté toutes les difficultés et obstacles qui entravent le bon déroulement du système de référence et contre référence, il est intéressant d'analyser à présent d'éventuelles solutions pour redynamiser le système. Les recommandations ci-dessous ont majoritairement été proposées au personnel soignant pour en vérifier leur faisabilité. Cependant, il est clair que les prestataires n'échangent pas tous les mêmes points de vue sur chaque proposition. Il existe toujours une objection ; aucune solution n'est parfaite ! Lors de chaque recommandation énoncée, je vais tenter d'inclure les difficultés qui se posent quant à sa mise en place. J'indiquerai aussi le degré d'enthousiasme que manifeste le personnel soignant.

6.1. La fiche de 3ASC

Ma première tâche était d'analyser si l'outil mis en place par 3ASC était un bon point de départ. Avant sa mise à disposition, les prestataires n'utilisaient que le carnet de santé pour

indiquer que le patient était référé. Les infirmiers n'étaient donc pas tenus d'écrire les détails de la référence, tels le nom du traitant, les traitements donnés, les observations, etc. Cette fiche permet, voire oblige le prestataire en périphérie de ne pas omettre des informations médicales sur le malade qui puissent être importantes pour le futur traitant. Tous les prestataires tant en périphérie qu'en ville s'accordent sur la bonne conception de cette fiche. Premièrement, l'infirmier détient un canevas à remplir pour ne pas oublier des informations utiles, ensuite, le patient se représente la fiche comme une assurance qu'il va être reçu dans le centre de référence, et dernièrement, le médecin gagne du temps pour orienter le malade directement vers le bon service et vite détecter la pathologie dont il souffre. Comme un infirmier me l'indique, « *Dans le carnet, on peut mettre l'ordonnance, mais si le patient n'a pas suivi cette ordonnance, si il ne l'a pas honoré, on peut mettre cette information dans la fiche. Dans la fiche, on met ce qu'il a déjà pris comme médicaments, alors que dans le carnet on ne sait pas s'il a déjà pris.* » Les infirmiers peuvent en effet indiquer si le patient a réellement pris les traitements prescrits, ainsi qu'il peut noter les doses de chaque produit avalé. Cependant, faut-il encore qu'ils remplissent correctement la fiche...

Le personnel dans les centres de référence s'est plaint qu'il n'existait pas de fiche standard. En effet, existent des fiches spécifiques pour la maternité, des fiches de référence de l'état (utilisé dans l'Oti), une feuille pour le VIH, la fiche de 3ASC, etc. Un premier pas serait donc de standardiser un modèle de fiche de référence et contre référence. Il faut une unique fiche adaptable à tout type de pathologies pour toute la région. Et celle-ci peut être conçue à partir du modèle de 3ASC qui est apprécié par tous (l'auto carbonation est un élément essentiel).

Ensuite, il serait utile que lors d'une réunion mensuelle de district, le DPS et les animateurs 3ASC rappellent à tous les prestataires comment bien remplir cette fiche, ainsi que l'importance cruciale de son bon remplissage. Même si elle a déjà eu lieu il y a deux ans, une seconde sensibilisation auprès des prestataires en périphérie sur le fonctionnement de cette fiche ne serait pas inutile ! Il s'avère que certains districts n'abordent que très peu le thème de référence et contre référence lors de leurs réunions.

Egalement, je pense qu'il est essentiel de rappeler à tous les infirmiers majors de restituer correctement chacune de leur réunion ou formation au personnel soignant de leur USP. Il semble que parfois les autres infirmiers, aides-soignants, ou matrone ne soient pas vraiment mis au courant du contenu des réunions mensuelles, bien que cette rétro information soit essentielle. En effet, il peut arriver que l'infirmier major doive s'absenter de l'USP. Ce sont

alors ses collègues qui accueillent et soignent les patients ; ceux-ci ont reçu généralement une formation médicale d'un niveau inférieur, voire aucune formation médicale officielle. En plus d'avoir reçu une formation moindre, ils ne sont que rarement invités aux formations, cadres de concertation, ou réunions. Par conséquent, leurs compétences ne sont que rarement mises à jour. Le rôle de restitution du major est donc à prendre au sérieux !

Les fiches étant actuellement en rupture dans quasiment la totalité des dispensaires, il est indispensable que ce type de situation n'ait plus lieu ! Lorsqu'un infirmier remarque que son carnet arrive à sa fin, il doit systématiquement en informer un des animateurs 3ASC ou le DPS lors des réunions mensuelles, et ce avant la rupture complète des fiches ! (Cette remarque sera aussi à discuter lors de la réunion mensuelle qui abordera le sujet des références.) Il serait donc intéressant de penser un système de redistribution de carnet de fiches de référence. Cela pourrait continuer à se faire par le biais de 3ASC gratuitement, c'est-à-dire par le biais des animateurs aux réunions mensuelles de district. Ou encore, il serait utile de déposer des carnets supplémentaires au lieu même où viennent se fournir les infirmiers pour leur stock de matériel, tels les registres, etc. Le but est d'optimiser les chances qu'il n'existe plus de situation de rupture. Le district de l'Oti ne peut cette fois être négligé.

6.2. Le déplacement

Un des aspects problématiques majeurs au système de référence est le transfert concret du patient. Il n'existe quasi aucun moyen de transport pour l'évacuation du malade. Il semble clair que la fourniture d'ambulances ou de moto-ambulances est à priori du devoir de l'état. Le DRS plaide donc au niveau national, mais en vain.

Détenir des moto-ambulances sous forme de tricycle semble le transport le plus approprié. J'ai joint en annexe des exemples de type de motos-ambulances. Le patient aurait la possibilité de se coucher si son état est grave. Et la moto passe plus facilement sur des petites routes en mauvais état que de gros véhicules. Surtout, les patients ayant des problèmes financiers, payer le carburant pour un véhicule leur est hors de prix. Une moto est donc plus abordable financièrement.

Si l'état ne se décide pas à octroyer un budget pour un système logistique d'urgence sanitaire, il serait possible de plaider auprès des bailleurs de fond pour qu'ils fournissent la région en

transports. Une moto ambulance par dispensaire n'est pas nécessaire ; une pour un groupe d'USP est plus réalisable. (Trois à quatre moto-ambulances suffisent par district). Se calquer sur les réseaux déjà existants comme celui de l'AMP est une bonne option. La moto ambulance resterait à l'USP du chef d'un réseau, celui-ci devrait être situé au centre du réseau, donc à proximité de tous les dispensaires aux alentours. Une fois pris conscience qu'il faille référer un malade, le prestataire appelle le chef réseau pour que l'ambulance parte directement vers l'USP concernée. Il faut alors penser à la personne qui conduira l'engin. Le mieux serait d'attitrer une ou deux personnes travaillant déjà comme chauffeur de moto taxi dans le village du chef du réseau, dont toutes les USP du réseau détiennent le contact. Le chauffeur continuerait donc son métier de « zaid » quotidiennement, mais ce sera lui qui sera appelé dans l'immédiat lorsqu'il y a le besoin de référer en moto taxi. Les prix des trajets devraient être une fois pour toute négociés avec le chauffeur, et par après demeurerait fixes ; la somme recouvrant le carburant et une prime minime pour le conducteur. Il me semble que ce système soit moins coûteux que d'employer à titre permanent un chauffeur à l'USP du chef réseau. De plus, il sera difficile de déterminer qui paye le salaire de cet éventuel chauffeur permanent. Proposer ce travail ponctuel à un zaid semble plus approprié⁶.

L'idée que les mutualistes puissent bénéficier d'une réduction sur leur transfert est envisageable. Cependant, cela insinuerait qu'il faille augmenter un peu leur cotisation pour que les mutuelles puissent couvrir les frais, et ceci semble fort difficile. Le taux d'adhérents et surtout le taux de fidélité est faible, cela ne toucherait qu'une petite partie de la population référée.

En outre, il ne faut pas négliger l'entretien de l'ambulance. Souvent, une fois la moto cassée, peu d'efforts sont donnés pour sa réparation. On pourrait imaginer qu'en cas d'accidents, les COGES de tout le réseau puissent contribuer à sa réparation.

J'ai fait cette recommandation plus sous la demande de certains prestataires que par propre conviction. En effet, le problème ne me semble pas tellement de trouver un transport pour se déplacer mais plutôt de trouver les fonds pour se bouger. Une moto ambulance ne réglerait donc pas entièrement le problème sachant que le patient serait toujours prié de payer le carburant et une éventuelle rémunération pour le chauffeur. Le problème de base ne serait donc toujours pas résolu. Cependant, le patient ne perdra pas de temps à trouver un véhicule

⁶ Eventuellement, ce zaid peut être rapidement sensibilisé sur la référence et contre référence et l'utilité de la fiche.

au marché ou un zaid au village. En outre, l'infirmier pourra savoir par le biais du chauffeur si le patient est bel et bien arrivé au centre de référence. Cette solution résout donc partiellement certains problèmes.

6.3. Écrire la contre référence

Si la contre référence arrive bel et bien dans les mains du médecin traitant dans le centre de référence, et de plus dûment remplie, celui-ci n'aura plus réellement d'excuses à ne pas remplir sa partie.

Je ne pense pas qu'il faille désigner une tierce personne pour prendre en charge toutes les contres références. L'assistant médical ou le médecin qui supervise dernièrement le malade et demande sa libération est la personne à remplir ces fiches ; il en est de leur responsabilité. Une sensibilisation est donc réellement utile. Bien que tous les prestataires réalisent l'importance de la contre référence, répéter encore et encore son utilité cruciale peut tout sauf nuire au système ! Il serait intéressant de la part de 3ASC d'organiser une réunion entre le personnel soignant au sein du CHR et aussi au sein de la pédiatrie pour réitérer le fonctionnement du système et ses objectifs, en débattre, et remettre à jour ensemble les règles de la mise en œuvre de la contre référence. Les infirmiers seraient également impliqués dans cette réunion, car on peut imaginer qu'ils aient un rôle de contrôle. A chaque libération du patient, il est prévu qu'ils remplissent un résumé du séjour du patient dans son carnet de santé. Cette tâche s'exécute correctement. Ils pourraient donc aussi avoir la fonction de contrôler si la contre référence est bien glissée (voire agrafée) dans le carnet du patient, même s'il n'en ressort pas de leur responsabilité au départ. Le surveillant du service peut également avoir ce rôle de contrôle du renvoi de la fiche de contre référence (si, bien sûr, il en existe). L'idée d'agrafer la contre référence dans le carnet n'est pas inutile, sachant que le patient a déjà partiellement acquis le réflexe de prendre son carnet de santé avec lui à chaque visite médicale. En revanche, il a parfois du mal à distinguer les multiples papiers errants. Il est aussi du rôle tant des médecins, assistants, ou infirmiers de sensibiliser le patient pour qu'ils retournent à son USP avec son carnet. Cette sensibilisation doit se faire dès l'évacuation du patient de la périphérie.

Il est dur d'imaginer une forme de sanction ou un moyen de forcer les médecins à remplir la fiche de référence. Sensibiliser est un premier pas, tout en revoyant concrètement ensemble le déroulement du système.

Un fait qui m'a frappé lors de mon enquête au CHR et à la pédiatrie est le manque de supervision de leur travail. A la pédiatrie, ils ont des staffs –réunions entre personnel soignant- chaque matin où ils débattent de problèmes cliniques et techniques uniquement. Il n'y a que peu de réunions ponctuelles sur des sujets d'organisation de leur travail, de collaboration, d'évaluation, etc. Au CHR, il n'y a aussi que très rarement ce type de réunions ; certaines avaient lieu par-ci par-là auparavant, mais plus actuellement. Quant aux supervisions en tant que telles, elles ont lieu que dans un cadre spécifique. Pour les grandes endémies telles que le VIH, le paludisme et la tuberculose, le gouvernement a mis en place trois programmes : le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) ; le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) ; le Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT). Il met également en œuvre un Programme Elargi de Vaccination (PEV) pour l'immunisation des enfants et des mères contre les principales maladies évitables par la vaccination et un programme de santé de la reproduction. Des responsables sont désignés au sein de chaque district pour assurer la mise en œuvre de ces programmes ; il s'agit des points focaux qui forment l'Equipe Cadre du District. Ils ont un rôle de gestion et supervision quant à ces programmes. Egalement, on retrouve ces points focaux au niveau régional, qui constituent alors l'Equipe Cadre Régionale, qui ont un rôle de coordination, de gestion et supervision, et qui collabore et aide le Directeur Régional de la Santé. C'est dans ce cadre qu'ont lieu des formes de supervision et d'évaluation du travail fait en périphérie. Approximativement tous les trimestres, l'Equipe Cadre (de district et/ou régionale) part en tournée sur le terrain pour effectuer des supervisions formatives ; ils disent observer le travail du personnel, pour ensuite l'évaluer et lui rendre un feedback dans le but de le former. Des évaluations sont donc existantes mais uniquement dans le cadre des programmes. Ceci dit, il n'existe donc aucun outil pour contrôler et évaluer le système de référence et contre référence (ainsi que beaucoup d'autres systèmes et politiques sanitaires !). Néanmoins, les USP détiennent dans leur registre les données quant au nombre de référés, ainsi que les centres hospitaliers préfectoraux. Mais ni la pédiatrie ni le CHR n'enregistrent ce type de données. Il n'y a donc aucun moyen de contrôler et vérifier le fonctionnement de la contre-référence.

Eventuellement, pour motiver d'une certaine manière le personnel et surtout pour pointer du doigt le problème (et dans le but que personne ne puisse réfuter son dysfonctionnement), insérer les données quant aux références reçues et contre références renvoyées dans les registres au CHR et à la pédiatrie pourrait être une idée. Si le personnel sait qu'il y a un moyen de contrôler la bonne exécution de ses tâches, peut-être aurait-il plus l'ambition de bel et bien les effectuer correctement. Comme le souligne le DRS, « *A la fin de l'année, on produit des rapports d'activités. Ce sont ces rapports qui nous évaluent à la fin de l'année, pour vous si nos objectifs sont atteints et les comparer aux objectifs nationaux. Et s'ils ne sont pas atteints, on change de stratégies s'il le faut.* » Ceci est une option, mais elle demandera peut-être beaucoup de travail en plus pour peu d'impacts réels sur le personnel (mise à part du travail administratif supplémentaire).

Je pense qu'il serait indispensable d'organiser et mettre sur place des réunions au sein des centres de référence qui traitent de sujets autres qu'uniquement cliniques. Ce seraient des réunions de discussion et d'autoévaluation où les problèmes organisationnels, structurels, ou autres seraient abordés. Ces réunions profiteraient au système de référence et contre référence, mais également à beaucoup d'autres choses, dont la bonne coordination entre les différents services, l'ambiance au sein du personnel, la qualité de l'offre des soins, etc.

6.4. Renvoyer la fiche à l'USP

La manière de renvoyer la fiche au dispensaire d'origine a été sujet à débat. Plusieurs possibilités ont été émises pour optimiser les chances que l'infirmier reçoive bel et bien la rétro information.

Actuellement, le système est prévu de façon telle qu'on repose la responsabilité sur le patient pour qu'il se rende au centre d'origine avec la fiche. Il est certainement bon que le patient retourne à son USP, car cela permet aux prestataires de vérifier son état de santé, de faire un contrôle et d'avoir un suivi. Comme je l'ai évoqué précédemment, le seul moyen de motiver le patient de retourner à l'USP est de le sensibiliser à tous les niveaux, lui et ses accompagnants. Tant le prestataire en périphérie qu'au centre de référence doit le sommer d'y retourner, tout en lui expliquant l'utilité de son retour. Si une personne ne cerne pas l'utilité d'une action, il est fort probable qu'elle n'agisse pas. Il est aussi important de répéter au patient que cette visite au dispensaire reste gratuite.

Pour qu'un système soit intégré, il est important d'impliquer tous les acteurs en jeu. Inclure les Agents de Santé Communautaire dans la sensibilisation semble optimiser les chances que le patient revienne à son USP d'origine. L'ASC a souvent un rôle de relai entre la communauté et le centre de santé, il faut donc en premier lieu s'assurer qu'il connaisse bel et bien le système de référence et contre référence et ses objectifs. Ensuite, il peut rappeler constamment à la population qu'une fois parti dans un centre de référence, il est primordial de revenir voir le soignant au village. Dernièrement, il peut parfois aller directement chez les personnes ayant été évacuées, et ce, sous la demande d'un soignant sans nouvelle de son patient.

Le retour du patient vers l'USP ne me semble toutefois pas suffisant et satisfaisant. Doit s'ajouter en complémentarité à cette sensibilisation un autre circuit par lequel la contre référence peut transiter vers l'infirmier.

A présent, le personnel dans les centres de référence ne conserve pas les fiches de contre référence. Il n'y a aucun système d'archives pour ces fiches, bien que la procédure prévoit qu'elles soient archivées. J'en conclus qu'ils n'ont point besoin de garder (ou perdre) le troisième feuillet à leur niveau⁷.

Le patient arrive au centre de référence avec deux feuillets, et il est prévu qu'il reparte avec seulement un pour aller le donner à l'infirmier. Vu que le centre de référence ne fait rien de ce troisième feuillet, il serait intéressant de le faire lui aussi transiter vers le soignant en périphérie, mais par un autre circuit. Lors des réunions mensuelles de districts, le DPS pourrait prévoir un court laps de temps à chaque réunion pour redistribuer ces fiches récoltées directement au CHR et à la pédiatrie. En les redistribuant, les recommandations lues dans la contre référence peuvent même faire l'objet de discussions entre prestataires du district. Un temps serait prévu pour que s'échangent les expériences des infirmiers en termes de référence, et pour qu'ils apprennent comment réagir au mieux prochainement. Le tout est de savoir comment faire passer ces fiches du CHR et de la pédiatrie au DPS. Premièrement, j'avais proposé aux médecins et assistants de garder les contre références dans leur bureau, mais on

⁷ Toutefois, si le nombre de contre référence doit être compté et inclus dans les registres, il conviendra d'imaginer une fiche à quatre feuillets différents : un pour le centre qui réfère, un donné au patient qui doit retourner au dispensaire, un pour les archives du centre de référence, et un quatrième envoyé du centre à la périphérie par le biais des réunions mensuelles.

m'a vite rétorqué que ces fiches allaient rapidement se perdre, l'administration n'étant pas leur fort, comme on l'a vu. Je proposerais donc comme solution d'accrocher au mur quatre boîtes aux lettres dans la salle d'admission. Chacune des boîtes seraient propres à un district. Il n'y aurait plus qu'à glisser la fiche dedans une fois le patient libéré. A chaque fin de journée, le médecin peut prendre sa pile de contre référence et les déposer dans les boîtes respectives. La clé de ses boîtes resterait à l'admission.

Quant à la récolte de ces fiches, plusieurs personnes pourraient en avoir la charge. Mais à présent, la meilleure solution serait de demander aux animateurs de 3ASC de passer prendre les fiches au CHR et à la pédiatrie avant de se rendre aux réunions mensuelles (les animateurs faisant souvent des allers retours entre Dapaong et leur zone⁸).

Ajouter ce deuxième type de transfert de la fiche en plus du retour du patient optimise les chances que l'infirmier reçoive sa rétro information. Mais les deux moyens de contre référence doivent être complémentaires. Sur 16 personnes qui ont donné leur avis sur ce système de redistribution, seulement 3 ne manifestaient pas de grand enthousiasme.

6.5. Un système de communication entre le centre et les périphéries

Si les prestataires des deux côtés pouvaient être en contact direct, il est évident que beaucoup de maladresse pourrait être évitée. Un système téléphonique arrangerait beaucoup de choses. Premièrement, l'infirmier pourrait appeler le médecin au CHR ou à la pédiatrie pour savoir tout ce qu'il peut faire à son niveau, et éventuellement éviter la référence. L'infirmier peut apprendre ce qu'il faut faire comme premiers soins et communiquer les doses administrées. Aussi, il peut par son appel prévenir la venue d'un cas urgent dans le but que l'équipe et le matériel soit prêt à son arrivée. Il peut facilement avoir la contre référence en joignant le responsable de service vers lequel il a dirigé son patient, etc. Il y a beaucoup d'avantages à mettre en place un système de téléphonie ou radiophonique.

⁸ S'ils ne peuvent se rendre à la réunion mensuelle, ils pourront toujours rendre les fiches soit aux assistants médicaux travaillant pour 3ASC, soit à une tierce personne qui s'y rend.

Ma première idée était d'installer carrément un système informatique au sein de chaque USP. Les raisons pour lesquelles j'ai très vite abandonné cette solution sont nombreuses (manque de couverture de réseau, pas d'électricité, budget énorme, difficulté de former tous les membres du personnel, etc.). L'installation de technologies informatiques a déjà été l'objet d'expériences dans différents pays africains anglophones (comme en Ouganda, en Tanzanie, au Rwanda, etc.) ; elle fut un réel échec !

J'ai pensé ensuite à un système radiophonique. Chaque USP serait dotée d'une radio et pourrait communiquer avec les centres de référence via une fréquence. Malheureusement, je n'ai pas su plus me renseigner sur la technologie et la faisabilité de ce système. On peut cependant en voir les avantages et les inconvénients. Par exemple, il ne faut pas spécialement détenir de l'électricité. Mais si plusieurs références ont lieu simultanément, la fréquence risque d'être brouillée. Cela a l'avantage que la radio soit fixe et donc que chaque membre du personnel puisse l'utiliser à tout moment. C'est aussi un système assez simple à utiliser à priori. Le budget ne semble pas trop élevé comparé à d'autres systèmes communicationnels. Il semble également durable ; une fois le système installé, il n'engendre pas trop de dépenses supplémentaires. L'idée est donc à creuser pour voir dans quelle mesure il est possible de communiquer par ce système⁹.

Une solution est aussi de créer un système de ligne verte entre les portables des infirmiers majors et des médecins responsables d'un service. Les réseaux togolais, comme Moov, Togotelecom, ou Togocel, proposent un forfait par mois pour qu'un certain nombre de numéros puissent s'appeler gratuitement entre eux. Le reste est payant. Cette proposition a clairement ses avantages car tout le monde est doté d'un portable. Il n'y a pas besoin de formations spécifiques et le personnel ne peut en abuser à titre personnel car seuls les numéros envers les prestataires sont gratuits. Seulement, les inconvénients me semblent aussi nombreux. Premièrement, il faut se demander comment assurer la pérennité du système. Une fois le bailleur de fonds parti, qui octroiera un budget pour cet abonnement ? Ensuite, comme je l'ai dit précédemment, l'infirmier major peut souvent être de sortie pour une formation, une réunion ou autre. Il faut alors se demander quel téléphone peut bénéficier de l'abonnement sachant que le portable devrait être disponible à tout moment. La meilleure solution semble de faire don d'un portable propre au dispensaire. Il faut prendre en compte les absences

⁹ Eventuellement, il existerait une fréquence pour la pédiatrie et une autre pour le CHR. Il faut encore penser où installer la radio, soit chez l'assistant de garde, soit dans chaque bureau des médecins et assistants.

éventuelles du major, mais aussi une probable rotation du personnel qui fasse que si l'infirmier est affecté autre part, il faille rechanger les numéros. A nouveau, une fois le portable usé ou en dysfonction, il faut se demander qui payera pour un neuf, vérifiant qu'il n'y ait pas d'abus au sein du personnel quant à la déclaration du dysfonctionnement des portables. En outre, toutes les USP n'ont pas de réseau ; certaines ne captent que le réseau transfrontalier, comme à la frontière ghanéenne, d'autres n'ont pas de réseau du tout (ainsi que pas d'électricité pour recharger ce téléphone !). Ce système semble donc facilement faisable et à la portée de tous, bien que sa durabilité semble un problème majeur.

Avant toute installation de n'importe quel type de système communicationnel, il est prioritaire de sensibiliser le personnel quant à son utilisation, mais aussi quant à son utilité. Tant le comment que le pourquoi de la mise en place du système sont essentiels à expliquer. En effet, beaucoup de projets de développement ont échoué du fait que le personnel n'ait jamais été mis au courant de l'utilité et du rôle du nouveau système; il fut donc parfois juste perçu comme une charge supplémentaire de travail, et donc fut inutilisé.

Un premier pas (gratuit) à faire dans l'immédiat est un échange de contacts entre prestataires de tous niveaux. En effet, certains infirmiers disent parfois appeler le centre de référence en cas d'urgence grave, cependant ils joignent la personne qu'ils connaissent. Si cette dernière est absente, ils n'auront pas plus d'informations. Il serait important d'afficher au plus vite un document reprenant tous les numéros des majors de chaque USP ou CMS ainsi que les numéros des responsables de service dans les centres de référence, et le numéro du portable de garde (mis en place par l'AMP). A tous les niveaux, chaque centre de santé aura affiché la liste de contacts de tous les prestataires. Peut-être ne sera-t-elle jamais consultée, cependant la dépense d'une photocopie vaut la peine d'espérer qu'elle soit utilisée un jour. En outre, il serait important d'afficher en même temps les heures de permanence de certains services du CHR. Egalement, des soignants dans les centres de référence proposaient que le traitant qui évacue avec la fiche de référence pense à mettre son numéro de téléphone sur la fiche au cas où le médecin a des tracés à déchiffrer le dosage, les observations, ou autres.

6.6. Une rencontre effective entre le centre et les périphéries

Dans l'objectif de renforcer les relations entre les centres et les périphéries, il serait réellement intéressant d'organiser une rencontre entre tous les prestataires des différents niveaux. Peu de prestataires à la pédiatrie ou au CHR connaissent ceux des villages. De plus, ils ont parfois du mal à conceptualiser les réalités de travail de l'un et de l'autre. Ces cadres de concertation permettraient de discuter et de débattre de problèmes rencontrés avec le système de référence et contre référence mais aussi de multiples autres problématiques. Ils pourraient partager leur expériences, échanger leurs connaissances, faire part de leurs difficultés, les comparer, etc. Pour beaucoup de personnes interrogées, cette idée de rencontre semble une réelle opportunité. L'enthousiasme se fait ressentir tant du côté de la périphérie que des centres. Seulement, sa faisabilité concrète pose problème. On ne peut inviter tous les prestataires lors d'une réunion : qui soignera donc les patients ? Du côté du CHR et de la pédiatrie, seuls les médecins (et/ou assistants médicaux) responsables de services peuvent être éventuellement conviés.¹⁰

Cette rencontre peut avoir lieu à Dapaong. Quant à la date, il serait mieux de choisir un jour où il est connu que l'affluence est moindre (comme éviter les jours du marché par exemple), ainsi qu'il serait mieux d'éviter les mois d'affluence comme lors des saisons pluvieuses¹¹. Quant au personnel des USP, tout le monde ne peut être présent (bien que ce soit la meilleure solution). Une première option est d'envisager une rencontre entre les centres de référence et les soignants d'un seul district par mois, organisant donc une tournante entre les préfectures. Trois fois sur l'année, les prestataires auraient donc l'occasion de se rencontrer. Au fur et à mesure que les rencontres prennent forme, il serait possible de réduire le nombre de ces interactions ; les problèmes s'éclaircissant petit à petit. Selon les avis de mes interlocuteurs, la majorité optait pour que cette réunion soit faite une fois par trimestre. Cela correspondrait donc à leur demande. Dans le but de promouvoir un échange riche et la mixité, il serait plus pertinent d'organiser ce genre de rencontres entre des USP de différents districts. Un échantillon d'un nombre précis d'USP par district serait pris au hasard. Et via des tournantes,

¹⁰ D'ailleurs, il serait temps de désigner des responsables de services au sein de la pédiatrie. En effet, il n'existe à présent toujours pas de responsables pour le service de néonatalogie, des prématurés, etc. Tout le monde peut prendre tout type de cas en charge, ce qui rend les situations parfois un peu chaotiques et peu organisées.

¹¹ A certaines périodes comme en aout, le nombre de patients consultés se voit parfois triplé dans certaines USP.

tous auront l'occasion de se rencontrer à Dapaong et partager leurs expériences. Lors des réunions mensuelles des districts, on attendrait donc des présents au cadre de concertation qu'ils fassent une restitution. Lors de ce cadre de concertation, il faudra à nouveau rappeler l'importance de la restitution du contenu des réunions de la part du major à son personnel soignant.

Avec ce système, il est vrai que pour le personnel dans les centres de référence, les réunions se résumeraient finalement à avoir lieu une fois par mois, ce qui semble beaucoup compte tenu de leur surcharge de travail. Par conséquent, la meilleure solution serait bel et bien d'organiser trimestriellement ou tous les quatre mois un cadre de concertation assisté par tous les majors des USP. Seulement, au plus le nombre de participants est grand, au moins l'interaction sera effective et formatrice. Il convient alors de parler avec les responsables de services des centres de référence leur disponibilité pour discuter de la fréquence de ces cadres de concertation. Les Equipes Cadres des districts et régionale devraient être également présent, ainsi que le DRS. Ce dernier aurait un rôle très important. Ayant une fonction de coordination, il sera la personne en charge de l'organisation et du contenu précis de ces cadres de concertation, et ce en collaboration avec 3ASC. Un sondage au préalable peut être rapidement fait auprès des prestataires des centres de référence et quelques dispensaires pour voir quels sujets seraient indispensables à aborder (dont le système de référence et contre référence).

Seuls les prestataires dans l'Oti octroyaient moins d'importance à ce type de réunions. Leur CHP étant plus fonctionnel, ils ont moins souvent affaire aux prestataires du CHR ou de la pédiatrie.

Un autre obstacle à la mise en place d'une telle réunion est le financement de tout un chacun pour son déplacement, sa nourriture, et son éventuel logement. La réunion devrait dans l'idéal ne durer qu'une seule journée pour éviter les dépenses propres au logement. En revanche, le déplacement pose problème. Certains vont devoir faire presque 100 km pour y assister. Lors des réunions mensuelles préfectorales, ce sont les COGES qui prennent en charge le déplacement. « *Nous acceptons de prendre l'argent pour se déplacer dans notre propre caisse parce nous devons aller à ces réunions. C'est obligatoire et ça fait partie de notre travail. On ne discute pas.* » Le DRS pourrait envoyer une note à tous les dispensaires pour les sommer de se rendre à ce type de réunion en la présentant comme utile et faisant partie intégrante de leur fonction d'infirmier travaillant dans la santé publique. Cependant, il reste

possible que certains décident de ne pas s'y rendre pour cause de ne pas recevoir de perdiems. Ce système de perdiems est malheureusement devenu systématique au Togo ; actuellement les gens refusent de se déplacer à une formation si leur déplacement, leur logement et leur nourriture ne sont pas pris en charge. Etant invité à Dapaong pour un cadre de concertation, il est fort probable que le personnel réclame une petite prise en charge. Cependant, lors de mon enquête j'ai tout de même été frappée par l'enthousiasme du personnel quant à cette réunion ; certains disaient même qu'ils se déplaceraient de toute façon, peu importe s'ils reçoivent des perdiems. *« De toute façon, si on reçoit une note du DR, qui nous demande de se rendre à ce cadre de concertation, on est obligé d'aller. Et on sait que c'est important. C'est comme aux réunions mensuelles, on se déplace à nos frais parce qu'on doit »*. Selon moi, il serait intéressant de faire une première réunion non rémunérée et voir si les prestataires se déplacent réellement ou pas. Offrir un rafraichissement ou un repas reste tout de même le minimum. Ensuite, on peut envisager de prendre en charge les déplacements si l'on constate que peu de personnes ne se déplacent. Mais donner d'entrée de jeu de gros perdiems entrave la durabilité de ces réunions, car la recherche de financement peut être difficile.

VII.

CONCLUSION

Tout au long de ce rapport, on peut lire et comprendre les difficultés que rencontrent tant les patients que les prestataires face au système de référence et contre référence. Bien que le système de référence soit une politique de longue date, il éprouve encore nombreuses difficultés à être exécuté correctement. La contre référence, elle, est plus récente, ce qui expliquerait éventuellement son manque d'intégration dans la culture professionnelle des prestataires. Les patients, le plus souvent illettrés et pauvres, n'ont, eux, qu'une faible notion de ce système sanitaire. Leur représentation va parfois à l'encontre même des objectifs du système ; ils concevraient la référence comme une punition au lieu d'une aide pour une meilleure prise en charge.

Le manque de moyens tant du côté de la communauté que de celui du personnel soignant semble être le centre de tous les problèmes. (En effet, si le personnel soignant était mieux

rémunéré, il serait plus vite motivé à faire des extras, tel le remplissage de registres administratifs). La faiblesse des capacités des acteurs se fait ressentir : les difficultés que l'administration publique traverse actuellement au niveau central se font sentir avec beaucoup plus d'acuité au niveau local où plusieurs institutions ne disposent d'aucun moyen (humain, matériel et financier) pour accomplir convenablement les missions de services publics. Le manque de budget octroyé dans le secteur de la santé dans la région des Savanes est flagrant. Il en résulte donc que pour améliorer le système de référence et contre référence, il faille avant tout remédier au manque de ressources humaines qualifiées et compétentes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ensuite, il serait indispensable d'équiper les structures pour qu'elles puissent répondre à la demande des soins. Mettre une logistique en place, tel un moyen de communication et un système de transport semble également primordial pour la mise en marche effective de la référence. Avoir un financement pour l'activité elle-même (comme par exemple pour couvrir les frais de carburant, ou d'un soignant accompagnant) est un atout. On en conclut qu'il n'y a aucune solution « miracle » sans qu'un financement extérieur fasse surface. Dans ce rapport, j'ai tenté de proposer des solutions les plus concrètes possible et de l'ordre du faisable. Mais il est clair qu'aucune solution n'a pas eu d'objection de la part d'un prestataire. Elles restent des solutions satisfaisantes mais non parfaites. De plus, connaître l'importance d'une action est une chose, mais l'appliquer est encore autre chose. Il serait important que la contre référence devienne une routine pour le personnel soignant. Pour ce, la sensibilisation semble être un élément indispensable. Dès son entrée en fonction dans le corps médical, le prestataire doit être sensibilisé sur ce système et son fonctionnement concret. Comme le dicton le dit, il est plus facile de prévenir que de guérir ! Il faut éviter d'entrée de jeu les mauvaises habitudes.

Redynamiser le système de référence et contre référence améliorerait donc la qualité de l'offre de soins, seulement beaucoup d'autres politiques devraient être mises à jour pour que le Togo puisse connaître un jour un réel développement dans le secteur sanitaire...

VIII. BIBLIOGRAPHIE

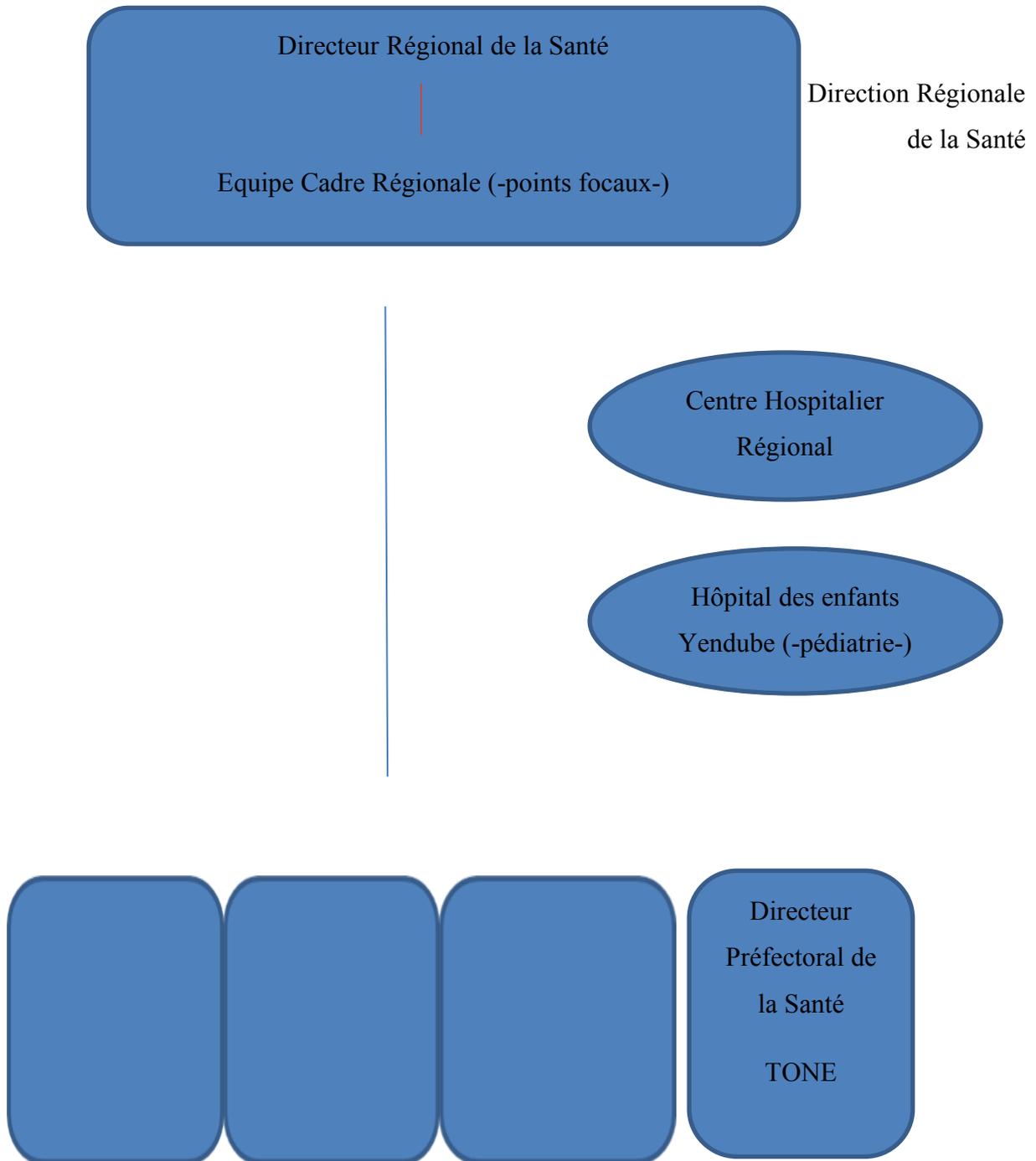
- BAKO-ARIFARI, N. et F. OUATTARA et M.-E. GRUÉNAIS, et N. L. VIDAL (2009). *La référence vécue par les femmes*. Unité de Recherche R002 « Acteurs et systèmes de santé en Afrique » LASDEL/Université d'Abomey-Calvi, Bénin, IRD, UR 002, Marseille.
- BATIONO, B. F. et F. OUATTARA (2008). *Projet d'Approche Solidaire en Santé Génésique. Etude exploratoire sur les références et contre-références. Districts sanitaires de Boulmiougou et Bogodogo*. IRD : Ouagadougou.
- BENOIST, J. (1996), « Prendre soins », in B. Benoist (ed.) *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, pp. 491-506. Paris : Karthala.
- DOZON, J.-P. et D. FASSIN, (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Balland.
- GOOD, B. J., (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press.
- GÖRGEN, H. et T. KIRSCH-WOIK, et B. SCHMIDT-EHRY (2004). *Le système de santé de district. Expériences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique*. Schriftenreihe der GTZ, n° 277.
- KIMARO, H. C. (2006). "Strategies for developing human resources capacity to support sustainability of ICT based health information systems: a case study from Tanzania", *EIJSDC*, 26 (2), pp. 1-23.
- HEEKS, R., (2002). "Information Systems and Developing Countries: Failure, Success, and Local Improvisations", *The Information Society*, 18 (2), pp. 101-112.
- JAFFRE, Y. et J.-P. OLIVIER DE SARDAN, 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.
- MACINTYRE K. et HOTCHKISS DR (1999). "Referral revisited: community financing schemes and emergency transport in rural Africa", *Social Science Medicine*, 49, pp. 1473-1487.
- OLIVIER DE SARDAN, J.-P., (1995). *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris : Karthala.

- SAHAY S. et C. AVGEROU (2002). « Introducing the Special Issue on Information and Communication Technologies in Developing Countries », *The Information Society*, 18 (2), pp. 73-76.
- SCHOLTE, B. (1974), —Toward a Reflexive and Critical Anthropology. in D. Hymes (éd.). *Reinventing Anthropology*, pp. 430-457. New York: Vintage Books.
- Revue régionale de la santé 2010 – la région des Savanes.
- VAN CAMPENHOUT, L., (2001). *Introduction à l'analyse des phénomènes sociaux*. Paris : Dunod.
- <http://www.crt-plateaux.org/>, site web de la croix rouge togolaise. Consulté le 12 décembre 2011.
- SYSTEME DES NATIONS UNIES (2010). *Le Togo se mobilise autour des OMD. 3^{ème} rapport de suivi des objectifs du millénaire pour le développement* <http://www.tg.one.un.org/images/stories/doc/OMD%20Rapport%202010%20SNU%20TOGO.pdf> consulté le 1 décembre 2011.

- Illustrations d'exemples de moto ambulance :



- Organigramme des acteurs en santé publique :



Polycliniques : DPS + équipe cadre région

USP : major