



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI  
(UAC)  
&&&&&



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

&&&&&&&&

ECOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE (EDP)

« ESPACE, CULTURES ET DEVELOPPEMENT »

&&&&&&&&&&

LABORATOIRE D'ANALYSE ET DE RECHERCHE RELIGIONS, ESPACES ET DEVELOPPEMENT  
(LARRED)

Filière : Sociologie-Anthropologie

Option : Sociologie du Développement

MEMOIRE DU DIPLOME D'ETUDES APPROFONDIES (DEA)

Sujet

**Pratiques autour de la référence et contre-référence dans la zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo**

Réalisé et soutenu par:

ZINSOU François

Sous la Direction de:

Prof. Dr. AMOUZOUVI Dodji  
Maître de Conférences des  
Universités du CAMES

**Président** : Professeur Gabriel BOKO

**Rapporteur** : Dr. Dodji AMOUZOUVI, Maître de Conférences/CAMES

**Examineur** : Dr. Léonie HEDIBLE, Maître Assistant/CAMES

Date de soutenance : 04 Août 2015-10-05

**Mention : Très bien**

**Note : 17/20**

Année académique: 2014-2015

## SOMMAIRE

Titres .....	Pages
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>DEDICACE .....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRES.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>7</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>PREMIERE PARTIE : LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE SANITAIRE COMME CHAMP D’ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE SANTE .....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre I: CONSIDERATIONS THEORIQUES.....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES .....</b>	<b>28</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L’ORGANISATION ET DES PRATIQUES AUTOUR DE LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE .....</b>	<b>33</b>
<b>CHAPITRE III : ORGANISATION DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE- REFERENCE DANS LA ZS KTL.....</b>	<b>33</b>
<b>CHAPITRE IV : MOTIVATIONS ET INTERACTIONS ENTRE LES ACTEURS .....</b>	<b>45</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERENCES WEBOGRAPHIQUES .....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>69</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>72</b>

## DEDICACE

A

- mes parents,
- mon épouse Bai et mes enfants

# REMERCIEMENTS

Je voudrais exprimer ici mes sentiments envers tous ceux et toutes celles qui ont contribué de loin ou de près à son aboutissement.

J'adresse ma profonde gratitude à mon Directeur de mémoire, Prof. Dr. Dodji AMOUZOUVI, qui a accepté diriger cette recherche avec un esprit de sacrifice.

J'exprime également ma reconnaissance et tout mon respect aux enseignants de l'Ecole Doctorale Pluridisciplinaire de la FLASH, pour la contribution à l'évolution de la science.

J'adresse ma reconnaissance au Laboratoire d'Analyse et de Recherche Religions, Espaces et Développement (LARRED) et son équipe, particulièrement :

- son Directeur Scientifique, Prof. Docteur Dodji AMOUZOUVI,
- mes aînés Bruno MONTCHO et Mescario d'ALMEIDA, Achille SODEGLA et Karen GANYE pour leur disponibilité, assistance et les critiques à la rédaction de ce travail.

Je remercie également l'équipe du PARZS/CTB et celle de la zone sanitaire KTL pour leur disponibilité lors des entretiens et la mise à disposition de la documentation dans le cadre du travail

Mes amitiés à mes collègues auditeurs de la promotion 2013-2014 particulièrement Nicolas EGUY et Jérémie DOUVI, pour leur sens de partage et de travail en équipe.

Enfin aux membres du jury qui ont consacré de leur temps et énergie à ce travail, j'adresse toutes mes considérations.

## SIGLES ET ACRONYMES

ACP	: Afrique Caraïbes Pacifiques
AS	: Aide Soignant
CA	: Chef d'Arrondissement
CDTS	: Centre Départemental de Transfusion Sanguine
CHD	: Centre Hospitalier Départemental
CLCAM	: Caisse Locale d'Epargne et de Crédit
CNG	: Centre National Hospitalier de Gérontologie
CNHPP	: Centre National Hospitalier de Pneumo Physiologie
CNHU	: Centre National Hospitalier Universitaire
CNP	: Centre National Hospitalier de Psychiatrie
CoGeCS	: Comité de Gestion des Centre de Santé
CoGeHZS	: Comité de Gestion des Hôpitaux de Zone Sanitaire
CoSa	: Comité de Santé
CS	: Centre de Santé
CTB	: Coopération Technique Belge (Agence Belge de Développement)
CVA	: Conducteur de Véhicule Administratif
DDS	: Direction Départemental de Santé
DEA	: Diplôme d'Etudes Approfondies
DI	: Dispensaire Isolé
DTF	: Dossier Technique et Financier
EEZS	: Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
EDSP	: Ecole Doctorale Pluridisciplinaire
FBR	: Financement Basé sur les Résultats
FLASH	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
FS	: Formation sanitaire
GSM	: Global System for Mobile Communications
HIA	: Hôpital d'Instruction des Armées
HoMEL	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
HZ	: Hôpital de Zone
IDE	: Infirmier Diplômé d'Etat
INSAE	: Institut National des Statistiques et d'Analyses Economiques
IRSP	: Institut Régional de Santé Publique
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
KTL	: Klouékanmè- Toviklin- Lalo
LARRED	: Laboratoire d'Analyse et de Recherche, Religions, Espaces et Développement

MC	: Médecin Chef
MC	: Mono Couffo
MCZS	: Médecin Coordonnateur
MI	: Maternité Isolée
MS	: Ministère de la Santé
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale pour la Santé
PARDZS	: Projet d'Appui au Renforcement des Départements et Zones Sanitaires
PAZS	: Projet d'Appui à la Zone Sanitaire
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
RAC	: Réseau Aérien de Communication
RCR	: Référence et Contre-Référence
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SFE	: Sage-Femme d'Etat
SONUB	: Soins Obstétricaux Néonatal d'Urgence de Base
SRCR	: Système de Référence et Contre-Référence
SWOT	: Strength, Weakness, Opportunity and Threat
TP	: Tradi Praticien
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UE	: Union Européenne
UVS	: Unité Villageoise de Santé
VIH	: Virus Immuno de déficience Humaine
ZS	: Zone Sanitaire

## LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRES

### Liste des Tableaux

Titres	Pages
<b>Tableau I :</b> <i>Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies</i> .....	28
<b>Tableau II :</b> <i>Constitution de l'échantillon</i> .....	30
<b>Tableau III:</b> <i>Données des références reçus à l'hôpital de zone</i> .....	39
<b>Tableau IV :</b> <i>Structures de soins de santé publics dans la zone sanitaire KTL</i> .....	40
<b>Tableau V:</b> <i>Personnel médical et para médical dans la ZS</i> .....	41
<b>Tableau VI:</b> <i>Synthèse de la base des appels de référence</i> .....	46

### Listes des Figures

Titres	Pages
<b>Figure 1 :</b> <i>Situation administrative de la zone sanitaire KTL</i> .....	24
<b>Figure 2 :</b> <i>Organigramme de la zone sanitaire KTL</i> .....	34
<b>Figure 3:</b> <i>Schéma du circuit de référence et de contre-référence dans la ZS KTL</i> .....	40
<b>Figure 4:</b> <i>Organisation d'un système local de santé</i> .....	42
<b>Figure 5 :</b> <i>Histogramme de peur face à la référence</i> .....	56
<b>Figure 8:</b> <i>Positionnement des ambulances</i> .....	58

### Listes des Encadrés

Titres	Pages
<b>Encadré 1 :</b> <i>La référence du père de mon ami</i> .....	37
<b>Encadré 2 :</b> <i>Le calvaire de la référence</i> .....	51

## RESUME

Le présent travail porte sur les pratiques autour de la référence et la contre-référence dans la zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo (ZS KTL). Il questionne la problématique des acteurs de la référence sanitaire, et tente d'apporter un éclairage sur les comportements, les perceptions et représentations autour des dispositifs et pratiques de la référence. La théorie de l'interactionnisme empruntée a servi de cadre pour comprendre les acteurs dans leurs rôles, jeux et relations.

Le constat est que lorsqu'il y a une négociation raisonnée autour de la décision de référence, il y a maintien de l'harmonie. Dans le cas contraire, il y a, soit de l'insatisfaction, soit de la tension et des conflits conduisant au refus de la référence. Ces différentes dynamiques relationnelles dépendent des pratiques adoptées par les prestataires qui entretiennent une attitude transcendante vis-à-vis des usagers, excluant leur participation à la décision de référence. Certains usagers s'en accommodent bien, d'autres s'y opposent et recourt à d'autres usages.

Cette recherche montre que la perception économique comme seule cause du renoncement aux soins est réductrice. Certains éléments des pratiques et représentations sociales de la référence sanitaire y prennent place et constituent des lieux d'enracinement du vécu interactionnel entre les usagers, agents de santé et d'autres acteurs de l'offre et de la demande de soins. Elle permet ainsi de cibler des objets nécessitant une adaptation au contexte social, une conscientisation et négociation entre acteurs en présence.

**Mots clés :** Pratiques, perceptions, interaction sociale, représentations collectives.

## ABSTRACT

The present work concerned the practices about the system of reference and against-reference in the district sanitary of Klouékanmè-Toviklin-Lalo (ZS KTL). It questions the problematic of actors of the sanitary reference, and tent to bring lighting on behaviors and perceptions about devices and practices of the reference. The interaction's theory borrowed is used as a support to know actors in their rules and relations.

The report is that when there is a negotiation reasoned about the reference decision, there is the harmony. In the contrary case, there is of conflicts, reason to refuse the reference. These different relational dynamics depend on practices adopted by medical personals that maintain a transcendent attitude opposite of patients, excluding their involvement to the decision of reference. Some beneficiaries himself as accommodate well, others oppose themselves of it.

This research shows that the economic approach is not the only real reason for refused medical reference. There are some elements of practices and social representations of the sanitary reference that constitute places of rooting of lived it interactional between users, agents of health and others actors. It permits to target objects requiring the adaptation in the cultural, the education and negotiation on behalf others actors in case.

**Key words:** *Practices, perceptions, social interaction, collective representations.*

## INTRODUCTION

Les questions relatives à la maladie et la santé humaine demeurent des préoccupations majeures de développement en Afrique. Depuis longtemps, elles ont fait l'objet de plusieurs conférences internationales visant la définition et la mise en œuvre des politiques publiques de santé par les Etats. Dans ce cadre, et après l'historique conférence d'Alma-Ata, les Etats africains ont organisé plusieurs rencontres en vue de définir des stratégies concertées. Les plus récentes concernent la conférence de Lusaka (1985) portant sur le système de santé à trois niveaux, la conférence inter-régionale à Hararé (1987) relative au système de santé du district décentralisé, la conférence de Bamako (1987) axée sur la santé maternelle et infantile et la participation communautaire. Toutes ces stratégies visent une amélioration de l'accessibilité des soins de qualité à travers la mise en place des mécanismes adaptés aux systèmes de santé.

Se fondant sur les principes internationaux de réforme de districts sanitaires basée sur l'accessibilité aux soins de santé aux populations, le Bénin a assis son système de santé sur l'approche District Sanitaire dénommée Zone Sanitaire. Ainsi, plusieurs stratégies de rapprochement des soins ont été développées, d'importants investissements de construction et d'équipements des formations sanitaires, des dispositifs d'accès aux soins dont le système de référence et contre-référence ont été réalisés dans les zones sanitaires. Cependant, l'analyse de la mise en œuvre et des effets de ces stratégies par des acteurs montre un bilan mitigé. Le système génère une insatisfaction marquée par la faible utilisation des services (MS Bénin, 2007). Seulement 40% de la population béninoise ont recours aux centres de santé. Cette situation qui contraste avec la couverture sanitaire de 89% est due à la qualité de l'accueil et des soins, à une accessibilité limitée à l'hôpital de référence en cas de nécessité, surtout dans les campagnes (MS Bénin, 2008). Cette situation n'est pas liée seulement aux réalités économiques moroses qui règnent dans les familles. Elle

peut être recherchée aussi dans l'ignorance de certaines réalités sociologiques, donc les éléments de la culture.

La zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo dans le Couffo (ZS KTL), à l'instar des trente-et-trois autres zones sanitaires du Bénin, n'échappe pas à cette analyse de faible utilisation des services de santé et donc du tableau peu reluisant des dispositifs du système de santé dont système de référence et contre-référence. Evidemment des conduites qui se développent au niveau des usagers et prestataires face à ce système en place et les relations entre les acteurs aux enjeux différents recentrent le débat de l'adoption de ses services et une prise en charge sécurisée des usagers.

La présente recherche intitulée «Pratiques autour de la référence et contre-référence dans la zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo» se veut une contribution à une meilleure compréhension des pratiques des acteurs dans le système de santé avec un focus sur la référence et contre-référence. Elle est organisée en deux parties : La première est consacrée à la construction théorique de l'objet d'étude axée principalement sur la présentation de la problématique et de la démarche méthodologique. La deuxième s'organise autour des résultats du terrain. Elle présente une synthèse des connaissances empiriques en rapport avec la référence sanitaire. Une analyse socio-anthropologique permet de cerner les logiques et représentations qui motivent les pratiques des acteurs face au système de référence et contre-référence dans la ZS KTL.

## **PREMIERE PARTIE :**

### **LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE SANITAIRE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE SANTE**

## **PREMIERE PARTIE : LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE SANITAIRE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE SANTE**

La première partie de notre travail aborde les considérations théoriques et tente de circonscrire le sujet pour ressortir les perspectives socio-anthropologiques puis aborde la méthodologie de recherche.

### **Chapitre I: CONSIDERATIONS THEORIQUES**

Dans ce premier chapitre, le travail est axé sur la problématique, la clarification des concepts et la justification du sujet et du cadre de recherche.

#### **I- PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE**

Les débats portant sur une analyse socio-anthropologique visant à mettre en évidence les déterminants de la santé plonge dans la problématique de la disponibilité des soins mais aussi de son acceptabilité par les usagers. Ils conduisent généralement ainsi à une appréciation de l'accessibilité aux soins de santé au travers des politiques et stratégies orientées sur la demande de soins. Parmi celles-ci, figure le système de référence et contre-référence dont l'objectif est d'assurer la continuité de soins d'un niveau à un autre plus équipé dans la pyramide sanitaire.

#### **A. Constats**

Ma recherche émerge des préoccupations concernant les logiques des acteurs autour des pratiques de référence et contre-référence sanitaire. En effet, les discours et comportements des acteurs au niveau local et les difficultés inhérentes à l'instauration de rapports harmonieux entre le malade, les parents ou accompagnants, les médecins, les paramédicaux, les ambulanciers fondent ce travail de recherche. Elle émane des expériences vécues et renforcées dans le cadre de mes activités professionnelles. Ma recherche prend donc sa source des situations auxquelles j'ai été confronté au cours de mes cinq années d'accompagnement des acteurs du système de santé puis en tant que chargé à la

capitalisation dans le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Département Sanitaires dans le Mono-Couffo (PARZDS).

Evidemment, la problématique de l'accès aux soins de santé avait été déjà abordée de façon générale par plusieurs études et documents. Ainsi parmi les causes de l'inadéquation de l'offre de services figurent la défaillance et les difficultés à mettre en place un système de référence et contre-référence. Même si « s'agissant de l'accessibilité aux formations sanitaires de première référence, plus de 50% de la population ont accès à un hôpital de référence en cas de nécessité; 13% vivent encore à plus de 30 km, la majorité des communautés rurales n'en dispose pas à moins de 5 km (34% contre 77% pour le milieu urbain » (MS Bénin, 2008).

En outre, l'analyse de la performance du secteur de la santé identifie vingt-quatre problèmes parmi lesquels on cite la faible fréquentation des formations sanitaires publiques, le taux élevé de mortalité et de morbidité, la faible performance des prestataires de soins, les difficultés d'accès des ménages aux soins de santé, la faible intégration de la médecine traditionnelle dans le secteur de la santé, le sous-équipement des formations sanitaires. En réponse à cette situation socio sanitaire, le Bénin envisage la création d'un grand hôpital d'excellence et de référence sous-régionale autour duquel les autres formations sanitaires vont évoluer en réseau. Cet hôpital de type américano-européen devra répondre aux demandes sanitaires les plus difficiles et permettra d'éviter les douloureuses évacuations en termes financiers et humains. C'est ainsi que le programme de développement hospitalier entend permettre à toutes les couches de la population de bénéficier des soins et services hospitaliers d'excellente qualité quand elles en ont besoin (MS Bénin, 2008).

Plus d'une demi-décennie après, les constats de terrain laissent voir un décalage entre les services proposés et les attentes des acteurs depuis plusieurs années, les prestations de l'hôpital sont trop souvent décriées par tous, et les

malades ne se hasardent à s'y rendre que dans l'extrême nécessité, c'est-à-dire, quand la maladie est dans une phase avancée. En effet, les usagers se plaignent des attitudes et comportements des acteurs de santé et des conditions de référence. Les prestataires de soins rechignent le retard d'arrivée aux soins, du manque de moyens des usagers, du plateau technique réduit. Ces griefs entre les acteurs handicapent la délivrance des soins de qualité en matière de référence. Ce qui justifierait le recours des usagers à une solution alternative à leur problème de santé. Dans bien des cas les gens qui recourent aux soins y renoncent en cas de référence.

## **B. Problème central**

Dans leur rapport sur la zone sanitaire KTL, Maiga, Gbangbadé et Sossa (2007) ont indiqué que seulement 15% des femmes référées pour les urgences obstétricales ont utilisé comme moyen de transport une ambulance, 85% ont utilisé des moyens propres que sont le vélo, la moto, le taxi. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation. Ainsi, à la faveur des interventions du Projet d'Appui à la Zone Sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL) mis en œuvre de 2004 à 2007, des améliorations introduites dans le système d'évacuation sanitaire et de prise en charge des patients, avaient attiré dans le temps des patients. Malheureusement, « deux (02) ans après la clôture du PAZS-KTL, l'on constate que les deux ambulances de la Zone Sanitaire sont amorties et ne sont pas remplacées, les ressources financières sont insuffisantes pour l'approvisionnement régulier en carburant, le RAC<sup>1</sup> ne fonctionne plus dans beaucoup de centres de santé, les fiches de référence et de contre-référence n'existent plus et il n'existe plus de Chirurgien à l'Hôpital de Zone » (Bohounon, 2009). Plusieurs causes évoquées par des autorités sanitaires ont trait à l'insuffisance de personnel et d'équipements de travail, le détournement des ressources pour des fins personnelles, l'absence de feedback aux agents, la mauvaise gestion et le comportement inadéquat des usagers. L'on constate que

---

<sup>1</sup> RAC est un sigle qui signifie Réseau Aérien de Communication

des centres de santé réfèrent, à leur gré, les malades vers d'autres zones (CHD de Lokossa ou de Goho, Centre National Hospitalier Kutuku Maga).

L'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire confirme que le budget national et plusieurs projets tels que le Projet d'Appui aux Zones Sanitaires (PAZS) KTL, EDULINK ont appuyé la ZS en ambulances, carburant, flotte, supports de gestion pour l'amélioration de la référence et la contre-référence. Malgré ces appuis, le système est caractérisé par la faible couverture des besoins d'évacuation, le retard, une faible capacité de l'équipe à suivre la gestion du système, la démotivation des ambulanciers, etc.

Il se dégage alors que le système de référence et contre-référence génère une insatisfaction au niveau des soignants et soignés. Face à ce problème, les questionnements suivants se posent : **pourquoi les gens se rendent aux soins d'eux-mêmes puis y renoncent dès l'annonce de la référence pourtant indiquée à leur apporter de soins de meilleure qualité? Pourquoi les soignants dérobent-ils au respect des normes établies en matière du système de référence et contre-référence ?** Il y a certainement des raisons profondes qui, au-delà des seuls points de vue médical et économique, peut permettre de comprendre les motivations réelles des acteurs en présence. La convocation des perspectives socio-culturelles est indiquée pour apprécier les logiques et les représentations qui fondent ces comportements des acteurs. Je me propose donc de les élucider en vue d'une meilleure intelligibilité de cette problématique.

### **C. Revue de littérature**

Plusieurs auteurs ont porté leur intérêt au recours des soins en milieu médical. Trois auteurs ont retenu mon attention dans le cadre de ce travail. En effet, pour Rosny (1992) dans *L'Afrique des Guérisons* que, le premier recours des malades est dirigé vers les *nganga*, guérisseurs de la médecine traditionnelle africaine. Ils s'adressent aux personnels des formations sanitaires pour le complément que les premiers échouent à donner. Pour lui, les installations

hospitalières en Afrique, réplique de l'occident, sont conçus essentiellement pour soigner les individus. Ce qui fait que le personnel médical prend le contrepied des *nganga* pour soigner les malades. Selon l'auteur « Les hôpitaux, construits - dans la plupart des cas - sur le modèle occidental, privilégient par leur architecture même un type de soins individuel et fragmentaire... Là où les installations sont suffisamment équipées, une clientèle afflue, éblouie et reconnaissante, mais manifestement frustrée : cette médecine qui fait des prouesses n'entend pas, comme la leur, assumer toutes les dimensions de l'existence ». Il se crée donc une sorte de rupture en cas de non satisfaction du patient. Toutefois, l'auteur ne nous informe pas sur les différentes possibilités de recours comme la référence sanitaire selon les seuils de compétence de niveau de soins.

Perrin et Al., (2006), dans leur étude intitulée *Système de référence et contre-référence dans les maternités : SAMU obstétrical ? à l'HOMEL de Cotonou*, ont mis l'accent sur les conditions d'une bonne référence, les étapes de l'organisation du système de référence et contre-référence, les composantes essentielles du transfert médicalisé. Selon eux, les conditions d'une bonne référence s'articulent autour: d'une fiche de référence standardisée, du transport médicalisé, de protocoles de service ou ordinogrammes, de la communication entre les centres, de l'ambulance équipée, de la trousse d'urgence, du personnel qualifié, la couveuse de transport disponible.

Ce travail a eu le mérite de nous renseigner sur les principes de la référence dans le système médical, les conditions de son efficacité, l'articulation entre les différentes phases d'une référence. Mais il reste muet, d'une part sur la participation des acteurs de la référence et d'autre part sur son organisation pratique dans le système de santé.

C'est Kpatchavi (2011) qui a questionné les systèmes de soins disponibles et montré comment les usagers opèrent plusieurs choix de traitement. Il a abordé

les savoirs et savoir-faire institutionnels de la médecine occidentale et ceux relevant de la perception, des représentations individuelles et collectives, bref du culturel qui organisent la demande de soins, les trajectoires et les décisions de recours aux soins. Partant de l'examen des théories locales des modes de diagnostic et de traitement, il a fait une autopsie des discours des usagers pour cerner les logiques et pratiques qui se construisent autour des notions de maladie naturelle ou provoquée, innée ou héréditaire, contagieuse, sanction, individuelle, communautaire. Ces représentations et pratiques relatives au paludisme déterminent les comportements des acteurs dans leur choix thérapeutique.

En somme, la littérature est abondante sur les questions d'accessibilité aux soins, de pratiques et du « *recours pluriel* » aux soins. Mais elle est moins fournie sur les causes des comportements des acteurs face aux dispositifs de soins de la médecine occidentale. Comprendre ces causes de ce qu'il convient d'appeler des déviations dans le système de référence et contre-référence, tel est le souci de la présente recherche.

#### **D. Hypothèses de recherche**

Les hypothèses constituent des réponses provisoires qui guident le travail de recherche. Ainsi, deux hypothèses ont été formulées pour servir de fil conducteur au présent travail. Elles sont formulées comme suit :

- Les comportements des acteurs de l'offre déterminent la performance du système de référence et contre-référence dans la ZS KTL.
- Des perceptions socioculturelles influencent l'utilisation du système de référence et contre-référence dans la ZS KTL.

#### **E. Objectifs de recherche**

Toute recherche s'assigne des objectifs qui constituent son aboutissement final. L'objectif général du présent travail est libellé de la façon suivante :

Examiner le fonctionnement du système de référence et contre-référence dans la zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo (KTL)

Cet objectif se décline en deux objectifs spécifiques:

- Décrire les comportements des acteurs dans la gestion du système de référence et contre-référence dans la zone sanitaire KTL ;
- Identifier les perceptions et représentations des acteurs autour du système de référence et contre-référence dans la ZS KTL.

## **II- CLARIFICATION CONCEPTUELLE**

Partant du fait que le sociologue doit définir les choses dont il traite, afin que l'on sache de quoi il est question, j'essaie de préciser le sens de quelques concepts ayant trait à mon travail.

### **Accessibilité aux soins de santé**

L'accessibilité aux soins peut être définie comme la facilité pour un nombre d'individus d'atteindre et d'utiliser les services de santé. Elle implique que les soins fournis de manière continue et organisée sont donc à la portée de toute la communauté. Elle fait appel aux aspects géographique, financier, culturel et fonctionnel. L'accessibilité géographique implique que la distance à parcourir, le temps mis pour atteindre le centre de santé, l'état de la voie et le coût du transport soient en adéquation avec l'objectif visé pour les usagers du service. L'accessibilité financière, quant à elle, suppose des services abordables financièrement pour la communauté, quelles que soient les modalités de paiement, la mise au point de technologies appropriées c'est à dire valables, acceptables et peu coûteuses, le choix de matériel et de médicaments efficaces mais à coût abordable. En ce qui concerne l'accessibilité culturelle implique que les méthodes techniques et de gestion utilisées soient compatibles avec les caractéristiques socioculturelles de la communauté. Le délai d'évacuation assez long peut parfois reposer sur des considérations d'ordre socioculturel. Enfin l'accessibilité fonctionnelle induit une organisation des services de telle manière que les populations puissent les utiliser toutes les fois où elles seront dans le

besoin et que les soins requis puissent être dispensés à tout moment et correctement par une équipe de santé appropriée.

En somme, l'accessibilité aux soins comprend la disponibilité des soins et leur acceptabilité par les populations qui sont les utilisateurs.

### **Système de santé**

Définir le système de santé amène à définir au prime abord la santé. Selon la déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978, la santé est l'état de bien-être complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou de l'infirmité. Elle est un droit fondamental de l'être humain, et son accession au niveau le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé » (OMS, 2000).

Un système est un ensemble des maillons qui s'interagissent. Il se comprend mieux par l'analyse des éléments qui le constituent, des acteurs qui l'animent et des interactions qui existent entre eux. Un système de santé englobe donc l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles à savoir la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. D'Intignano (2001) précise qu' un système de santé est un ensemble plus ou moins cohérent de moyens de financement, d'information, de prévention et/ou de traitement organisé en vue de maintenir ou d'améliorer la santé. Il assure la nécessité d'organiser son financement, l'échange entre l'offre et la demande, la production de biens et des services de santé. Le service de santé, quant à lui, peut être défini comme un endroit où se donne les soins de santé. Il peut être aussi une organisation qui s'occupe de la santé de la population. C'est également l'ensemble des prestations que fournit le système de santé.

## **Systeme de référence et contre-référence**

Plusieurs définitions du concept référence et de contre-référence ont été proposées par différents experts dans plusieurs instances de réflexion.

**Référence :** La référence désigne un mécanisme par lequel une personne ou formation sanitaire oriente un patient dont le traitement dépasse ses compétences ou ressources vers une structure plus spécialisée et mieux équipée. C'est l'orientation et/ou le transfert du patient à un niveau supérieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur l'examen du patient et/ou sur l'intervention faite, pour une prise en charge plus adéquate.

Dans le cadre de mon travail, il s'agit de la référence des formations sanitaires périphériques vers l'hôpital de zone.

**Contre-référence :** Elle est la démarche inverse pour assurer la suite de la prise en charge et le suivi post-hospitalier. C'est la réorientation et/ou le retour du patient au niveau inférieur de la pyramide sanitaire, accompagné de l'information sur son examen, l'intervention faite et les avis pour le suivi correct. C'est la retro information, c'est-à-dire la réponse de la structure de référence à la formation sanitaire qui lui a adressé le patient. Les références et les contre-références sont organisées en un système permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre.

**Systeme de référence et contre-référence :** Le système de référence et contre-référence est un ensemble de dispositions en place dans l'organisation de la pyramide sanitaire pour permettre d'adresser un malade d'un échelon inférieur à un échelon supérieur ayant plus de compétences pour lui assurer une meilleure prise en charge, un meilleur traitement, sa guérison. La référence est réalisée en fonction des compétences et des interventions disponibles dans les formations sanitaires.

Ce système permet d'assurer la continuité des soins et services aux clients avec un plateau technique adéquat. « Il se réalise suivant plusieurs étapes : les soins de la mise en condition, le transport du client d'un centre de santé à un autre (CS vers HZ), les premiers soins dans le centre de santé d'accueil, le remplissage des supports, la retro information périodique des acteurs (CS et ZS), l'analyse des données de la référence et contre-référence, l'identification des besoins de renforcement, les formations continues ou de mise à niveau, l'amélioration continue du système de RCR et l'amélioration continue de la satisfaction des clients » (MS Bénin, 2014). Le système de référence et contre-référence s'inscrit donc dans le principe du continuum des soins ou de la chaîne des soins médicaux. Il est un dispositif intégrant un ensemble des services de santé qui s'interagissent pour la satisfaction des usagers. Cela appelle des actions et réactions des différents services et individus du système.

**Notion de pratiques :** Selon Le Petit Larousse (2009), la pratique est l'action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe, d'une image, qui représente un phénomène, une idée; c'est la perception dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation du monde dans lequel vit le sujet.

La notion de pratique se révèle donc un construit social, Les significations peuvent variées entre l'usage ou l'adoption et l'appropriation. Elle implique un minimum de maîtrise de l'objet technique, une intégration aux réalités, une possibilité de détournement consistant à ne pas faire exactement ce que les normes avaient prévu. Ainsi, l'appropriation est le terme qui ouvre le mieux la réflexion vers une sociologie générale des usages et pratiques. Un exemple illustratif est l'étude de la religion comme un marché ou une institution à valeur marchande et les significations sociales des usages et pratiques qu'elle prend dans la réalité des acteurs (Amouzouvi, 2005). Toutefois, si les usages et pratiques sont déterminants dans la représentation sociale des acteurs, l'usage

est lié à un objet technique et évoque une situation particulière alors que la pratique paraît plus large.

### **III- JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET ET DU CADRE DE L'ETUDE**

#### **A. Du choix du sujet**

Inscrit dans le cadre général de la sociologie- anthropologie, le présent sujet appartient à un cadre restreint d'unité d'enseignement : il s'agit de la socio-anthropologie de la santé. L'analyse des pratiques de l'offre et de la demande de référence dans le contexte local du système sanitaire suppose que soient interrogés les comportements, les discours et les logiques des acteurs qui gravitent autour du système, leurs interactions et relations.

Mes expériences d'accompagnateur des structures sanitaires m'ont rendu témoin des questionnements non élucidés sur les comportements et attitudes des acteurs autour de la référence. Ces questionnements et vécus des acteurs en matière de référence sont parfois aux antipodes des principes et pratiques relatés dans les documents de rapports d'activités des prestataires de soins. Ainsi, bien que subjectifs, ils suscitent un intérêt à scruter les pratiques et perceptions des acteurs face au système. Ces interrogations justifient ma préoccupation à mieux comprendre et expliquer les logiques des différents acteurs le long de la chaîne de référence. Je conçois que la compréhension des perceptions individuelles et collectives compléterait les raisonnements techniques et normatifs des prestataires de soins, ce qui contribuerait à une meilleure *contextualisation* de l'accessibilité des malades aux soins notamment dans un contexte du référencement sanitaire.

Cependant les raisons objectives prennent corps avec les résultats et pistes de recherche sorties de la lecture des travaux produits par le système de santé d'une part, et d'autre part avec l'apport des sociologues sur l'accessibilité aux soins de santé. Des études socio anthropologiques sur la faible utilisation des

services de santé avaient, dans leur analyse, signalé que l'insuffisance d'information et autres dysfonctionnements techniques justifient l'incompétence des agents par rapport à la référence. En conséquence, la mise en place d'un système d'information au niveau de la zone sanitaire permettra de juguler les problèmes de la référence intrazone.

Mais selon Laplantine (1986) « À côté de l'acte d'objectivation par le savoir médical positif, il est non seulement "important", "intéressant" mais scientifiquement nécessaire qu'une véritable anthropologie de la santé se tourne aussi du côté du malade qui non seulement peut être envisagé, à son tour, mais doit l'être, comme un authentique pôle de connaissances». Il existe donc d'autres logiques qui déterminent les usagers dans leur prise de décision aux soins et qui méritent d'être scrutées. Ainsi, les problèmes de santé ne doivent pas être conçus qu'au plan strictement médical. Aussi, sont-ils utilisés spécifiquement en relation avec l'état des débats actuels dans la sociologie et l'anthropologie de la santé.

C'est dans ce cadre que Kpatchavi (2012), évoquant les efforts pour une politique d'accès aux prestations de la médecine moderne au Bénin, à travers les mesures de gratuité, a observé que, le phénomène est inquiétant au regard des données statistiques disponibles. En effet, selon lui, seulement 40% de la population ont recours aux centres de santé. Il postule alors que les perspectives économiques et médicales ne suffisent plus à elles seules pour comprendre les motifs des comportements des soignés et des soignants. Un effort reste donc à faire pour cerner comment les béninois appréhendent la maladie et les éléments organisationnels de soins dans le système moderne, du point de vue culturelle. Dans cette logique, l'interpellation des analyses socio anthropologiques apparaît nécessaire pour cerner les causes du renoncement par les 60% de la population.

Ma recherche s'inscrit dans cette logique pour permettre une nouvelle lecture des déterminants liés à la réticence des usagers face au dispositif de soins qu'est le système de référence et contre-référence.

## **B. Du cadre de la recherche**

Le cadre de cette recherche est la zone sanitaire Klouékanmè-Toviklin-Lalo (ZS KTL). Créée par l'arrêté N°2527/MSP/DC/SGM/ CADZS du 29 Avril 1999 et constituée de trois communes à savoir Klouékanmè, Lalo et Toviklin comme l'indique la figure un peu plus bas elle est l'une des deux zones sanitaires du département du Couffo.

Ainsi, la ZS KTL est limitée : au Nord par les communes d'Agbagnizoun et d'Abomey (département du Zou), au Sud par la commune de Dogbo, à l'Ouest par les communes d'Aplahoué et de Djakotomey, à l'Est par les communes de Zogbodomey (département du Zou) et de Bopa (département du Mono). Avec une population de 334180 habitants, sa superficie est de 2404Km<sup>2</sup> soit une densité de 312habitants/Km<sup>2</sup>. Le taux d'accroissement annuel est de 3,3%.

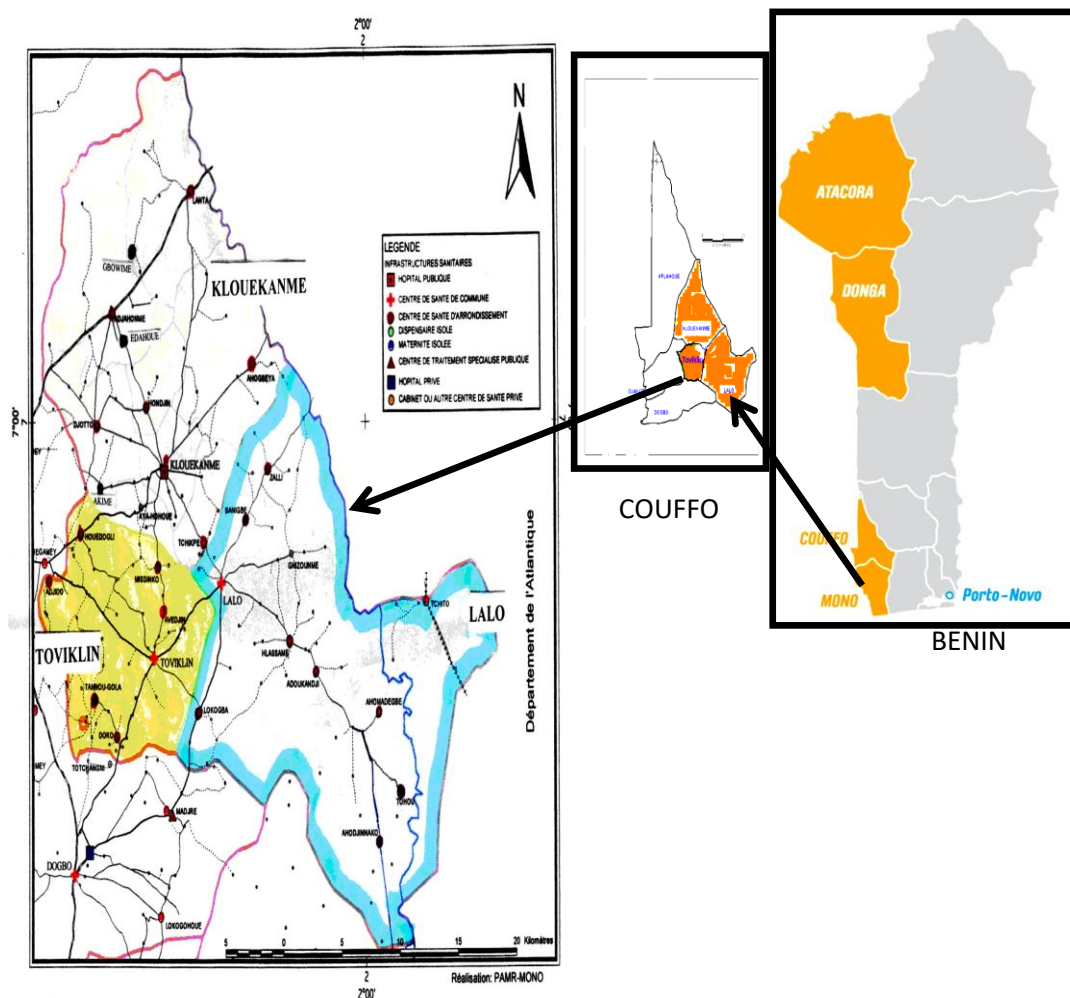
Le climat de la zone est dans son ensemble de type subéquatorial caractérisé par deux saisons sèches et deux saisons pluvieuses. Les ensembles géomorphologiques qui caractérisent la zone sont le plateau Adja de terre de barre, les moyennes et basses vallées et la grande dépression des Tchi. Les sols se distinguent selon leurs caractéristiques physico-chimiques en quatre types : la terre de barre des plateaux, les terres noires hydromorphes et la dépression des Tchi, les sols de la vallée du Couffo, les sols ferrugineux.

Au plan linguistique et socio-économique, les principaux groupes ethniques de la zone sont : les Adja, les Fon et les Tchi. L'économie est basée sur l'agriculture, première source de revenus des populations. De type traditionnel, elle est spécialisée dans la production vivrière (le maïs, du manioc, du niébé), mais aussi la tomate et de l'arachide avec quelques étendues de

riziculture plus observable dans la partie Tchi. Les exploitations sont en général de petite taille avec un paysage parsemé de palmiers à huile. L'élevage est une activité secondaire. Les religions dominantes pratiquées sont le Vodoun et les religions révélées que sont le Christianisme et l'Islam.

Par ailleurs, conformément aux dispositions administratives dans le pays, chaque commune dispose de ses structures déconcentrées de l'Etat comme : une brigade de gendarmerie, une circonscription scolaire, un Centre de promotion sociale, un secteur de promotion agricole et des formations sanitaires. La figure ci-dessous présente la carte de la ZS.

**Figure 1 : Situation administrative de la zone sanitaire KTL**



Source : Adaptation de PARZDS, Dossier Technique et Financier

### C. Axes de discussion et modèle théorique d'analyse

Selon Jaffre (1999), les malades n'évoluent et ne font le choix d'un système de soins qu'en raison de leur capacité réelle à faire cesser la souffrance. Pour des «*dysfonctionnements chroniques non invalidants* », mais dont la douleur est supportable, les populations préfèrent recourir au tradithérapeutes. Elles sollicitent la biomédecine pour des affections violentes où elle semble plus efficace d'un point de vue *émique*. Hors de ce registre, d'autres auteurs insistent sur l'image que se font les populations de la qualité des soins. Ainsi, partant d'une étude faite sur les formations sanitaires publiques, Fournier et Haddad (1997) concluent que les perceptions qu'ont les populations de la qualité des soins rendus dans les formations sanitaires jouent un rôle essentiel dans leur décision de recours. Pour eux, cette variable conditionne l'efficacité intrinsèque des interventions et construit l'image que les usagers se font des soins et par là, détermine leur attitude de recours.

Prenant appui sur Amouzouvi (2005), « je ne me situe nullement dans une vision de dénonciation moralisante d'une certaine instrumentalisation » des pratiques dans la santé. De même, « je ne perçois pas le rôle de la sociologie comme celui de donneur de leçons, une sorte de censeur ou d'éveilleurs de conscience » pour saisir les logiques guidant les comportements et attitudes des acteurs face au dispositif institutionnel de la santé. Je m'exerce à comprendre les usages et pratiques et l'analyse des comportements des acteurs en situation d'interaction en milieu sanitaire. Pour ce faire, je partirai des pratiques de référence et contre-référence dans la ZS KTL pour analyser les motivations qui fondent les actions des différents acteurs en présence.

Dans cette optique, ma documentation a été orientée pour aborder la problématique selon l'angle disciplinaire de la sociologie des usages et pratiques. Cela implique des acteurs, des moyens, des actions et réactions. En effet, comprendre comment chaque acteur s'emploie dans ces jeux pour tirer le meilleur de son côté, conduit à l'analyse des motivations et dynamiques au

travers desquelles se créent des rapports d'influence, de complémentarité et de pouvoir, mais aussi des comportements dans la poursuite thérapeutique. Appréhender les raisonnements et motivations des acteurs dans ces jeux et pratiques m'aidera à circonscrire le fonctionnement de mon univers sanitaire qu'est le système de référence et contre-référence. Ce dernier permet d'établir un lien opérationnel entre les niveaux périphériques de soins (Communauté, Centre de santé et Hôpital de zone) du système de santé mais surtout avec les malades et communautés. La perspective interactionniste me paraît indiquée pour réfléchir sur ces dynamiques qui animent les conduites des acteurs face au processus normatif du système de référence et contre-référence sanitaire.

En sociologie, les premières conceptualisations de l'interactionnisme, ont eu lieu avec Schiitz (1975). Mais c'est grâce à la psychologie sociale expérimentale des membres de l'École de Palo Alto que la notion va connaître un développement opérationnel. Se basant sur la théorie de l'acteur, Mead (1934) propose une compréhension des phénomènes à partir du sens que prennent les choses pour les individus. Selon lui, ce ne sont pas seulement les manifestations externes qui permettent de comprendre le comportement humain, mais plutôt les significations que les gens attribuent aux choses et à leurs actions. Une interaction implique donc un ensemble d'interprétations et de constructions courantes. Ainsi, une place de premier choix est reconnue aux interactions sujet-monde dans la création des significations que prennent les choses et les actions ainsi qu'aux significations attribuées par le sujet à son rôle et aux différents éléments constitutifs d'une situation interactionnelle.

Dans cette même logique, Abric (1987) a précisé que face à un objet ou phénomène, l'individu mène une activité d'appropriation ou de reconstruction. Cette activité d'appropriation et sa résultante correspondent à ce que Moscovici appelle une représentation sociale. Evidemment, la prise en considération de cette notion dans l'étude des phénomènes interactionnels conduit à affirmer que le comportement de l'autre n'est jamais le premier élément qui joue dans

l'instauration de la relation et que l'interaction est largement prédéterminée par le système de représentations déjà existant. Il apparaît donc, qu'une meilleure porte d'entrée pour la compréhension des problématiques interactionnelles soit celle des interprétations que les individus construisent autour des objets.

Je conçois que les comportements dans la situation d'interaction résultent des pratiques et des perceptions autour des différents éléments. Ainsi, dans le système de référence et contre-référence, les acteurs fournisseurs et demandeurs de soins, chacun en ce qui le concerne, adoptent des pratiques, lesquelles se constituent à partir des expériences, des stéréotypes, des préjugés ou des normes auxquelles adhère l'acteur à un moment donné. Ainsi au regard du travail, il me paraît utile de faire deux précisions liées aux fondements de la notion représentation sociale. Primo, selon certains auteurs, elle s'inspire de la sociologie des formes symboliques et des productions mentales collectives. Ils affirment la primauté des processus sociaux sur les processus individuels dans les conduites personnelles. Selon eux, l'individu est confronté à des objets et situations socialement construits dans l'interaction. Ainsi, le sujet n'est plus un sujet passif, mais actif qui reconstruit "la réalité". Secondo, c'est Durkheim (1898) qui parla de "représentation collective" pour marquer la spécificité de la pensée collective par rapport à la pensée individuelle et, en même temps, poser la primauté du social sur l'individuel. Cent ans après, il influence Moscovici (1989) qui développe le concept de représentation sociale désignant un ensemble large de formes mentales, d'opinions et de savoirs dont les caractéristiques cognitives étaient négligées.

L'interactionnisme permet donc de retrouver l'acteur au quotidien dans ses motivations, stratégies et relations avec les autres acteurs. Il aide à apprécier comment elles amènent l'acteur, dans la recherche de la guérison, à penser, parler, agir. Ce sont là les éléments théoriques sur lesquels je me concentre pour cerner les pratiques dans le contexte de référence et contre-référence en milieu sanitaire dans la ZS KTL.

## Chapitre II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES

Le présent chapitre 2 aborde le déroulement de la recherche qui s'est principalement déroulée en 2014 et janvier 2015. Il présente les méthodes et techniques empruntées ainsi que les difficultés et limites du travail.

### I. METHODE DE TRAVAIL, TECHNIQUES ET ETENDUE DES ENQUETES

La présente recherche revêt un double caractère quantitatif et qualitatif. La phase empirique porte sur la description de la référence, la contre-référence et quelques données statistiques en la matière. La méthodologie comprend la revue documentaire, l'identification de la population cible et l'échantillon de la recherche, l'analyse des données et l'écriture.

#### A. Recherche documentaire

La revue de la documentation a fourni des résultats d'enquête. Plusieurs sources d'information ont été consultées pour la lecture des ouvrages généraux et spécialisés, des thèses, des articles, des contributions de revue et des rapports. Les différents centres de documentation et bibliothèques parcourus et la nature de ces informations sont indiqués dans le tableau qui suit:

**Tableau I:** Centres de documentation parcourus et types d'informations recueillies

Centres	Nature des documents	Types d'informations
Centre de documentation universitaire, scientifique et technique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ouvrages généraux:</li><li>• Dictionnaires</li><li>• Ouvrages sociologiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Connaissance générale sur l'anthropologie de la santé,</li><li>• Organisation du système sanitaire</li><li>• Approches et positions des auteurs sur l'accessibilité aux soins</li></ul>
Bibliothèque personnelle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ouvrages généraux et cours de méthodologie</li><li>• Recueil d'articles de journaux</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Approches et positions des auteurs sur les aspects de la recherche</li><li>• Informations liées à l'actualité</li></ul>
Internet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapport, thèses, Article</li><li>• Ouvrages spécifiques</li><li>• Ouvrages méthodologiques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organisation du système de RCR</li><li>• Historique du système de la RCR</li></ul>

Source: Données de terrain, 2014

Une seconde étape de la documentation réalisée au Ministère de la santé, à la DDS Mono-Couffo, au LARRED et à PARZS a permis d'affiner les données et de focaliser l'attention sur les pratiques et les représentations autour du système de référence et contre-référence. Ces données ont servi de base pour l'analyse de contenu réalisée à la suite de la collecte auprès des enquêtés.

## **B. Techniques et outils de collecte de données**

Le travail sur le fonctionnement du dispositif de RCR, l'analyse de ses forces et faiblesses, les raisonnements et perceptions des acteurs a sollicité le regard analytique des répondants au sujet des premières synthèses issues de la première phase de collecte. Ils ont donc pris une part active dans le décryptage des faits et dans l'élaboration des premiers corpus analytiques.

Dans ce cadre, plusieurs techniques ont été utilisées à savoir: les entretiens, les observations, l'atelier de revue avec les acteurs et les outils correspondants que sont la grille d'observation, le guide d'entretien, le questionnaire. C'est ainsi que le travail a débouché parfois sur une revue de savoirs, savoir-faire et savoir-être des acteurs de la santé, d'une part, et des motivations, perceptions et représentations des usagers face aux pratiques de référence d'autre part.

Avec l'assistance de deux collègues, les enquêtes ont été menées. Sur la base des outils pré testés, nous avons recueilli des informations, de manière à obtenir un état des lieux des patients référés. La triangulation des données qualitatives et quantitatives ainsi que les échanges de groupe ont eu lieu au travers d'un atelier de revue de performance. Elle a permis une validation des dites données en lien avec les discours *émics* et d'en faire une analyse au regard des objectifs fixés.

## **C. Population, et échantillon**

A partir de la base du système de référence et contre-référence, un extrait de l'échantillon couvrant les catégories de cas référés (femmes, enfants de moins de cinq ans, autres patients) a été réalisé. Le recours à deux techniques de choix

a permis de retenir les centres de santé comme sites d'enquête : il s'agit du choix raisonné, du choix par quota et du tirage simple au hasard. Le tirage simple au hasard a permis de retenir des centres de santé d'arrondissement. Les autres structures, agents de santé et usagers ont été identifiés par la technique du choix par quota. En effet, deux centres de santé d'arrondissement par commune ont été retenus. Toutefois, avec la spécificité du milieu *Tchi*, deux centres de santé ont été choisis pour une couverture complète de la zone sanitaire. Au total, huit (8) sites ont été choisis et composés des CS de *Adjahonmè* et *Tchikpé* (commune de *Klouékanmé*, *Adjido* et *Doko* (commune de *Toviklin*), *Banigné* et *Hlassamè* (commune de *Lalo*) puis *Adoukandji* et *Ahomadégbé* (milieu *Tchi*, commune de *Lalo*). Le tableau suivant présente les différents acteurs et l'échantillon couverts par la recherche.

**Tableau II : Constitution de l'échantillon**

Structures	Types d'agents	Techniques	Effectifs	Echantillon	%
Centre de santé	Infirmier (chef poste)	Tirage simple	25	5	20%
	Sage-femme	Tirage simple	11	3	20%
Bureau de zone	Coordonnateur	Choix raisonné	1	1	100%
	Major de zone	Choix raisonné	1	1	100%
	Statisticien de zone	Choix raisonné	1	1	100%
	CVA	Choix raisonné	5	3	60%
Hôpital de zone	Directeur de l'hôpital	Choix raisonné	1	1	100%
	Infirmière générale	Choix raisonné	1	1	100%
<b>Total (Offre de soins)</b>			<b>46</b>	<b>16</b>	
Usagers de soins (Base de RCR)	Parturientes référées	Tirage simple	271	27	10%
	Enfants de moins de 5 ans référés (Parents)	Tirage simple	46	5	10%
	Autres patients référés	Tirage simple	102	10	10%
	Autres usagers	Tirage simple		10	
Elus locaux	Maires	Choix raisonné	3	1	25%
	CA	Tirage simple	25	5	20%
Organe de cogestion	Président CoGeCS	Tirage simple	25	5	20%
	Membre CoGeCS	Tirage simple	25	5	20%
	Président CoSa	Choix raisonné	1	1	100%
<b>Total (Demande de soins)</b>			<b>498</b>	<b>69</b>	
<b>Total (Offre et Demande de soins)</b>			<b>544</b>	<b>85</b>	

Source : Données de terrain, 2014

Plusieurs types d'agents de santé et autres acteurs ont été approchés pour la recherche. En fonction des adresses disponibles, les «patients» ayant accepté ou refusé la référence, adopté ou refusé l'ambulance comme moyen de transport au cours de la référence, ont été retenus, approchés et interrogés.

## **D. Collecte et dépouillement de données**

L'enquête s'est déroulée d'octobre 2014 à janvier 2015. Elle a été complétée par des retours sur le terrain et des échanges téléphoniques au besoin. Des entretiens ont été réalisés avec des « patients référés », leurs parents, des accompagnants ainsi que des personnels de santé. Des prises de notes dans des cahiers, des enregistrements audio-visuels ont été effectués. En plus, l'observation a été sollicitée pour limiter le regard de chercheur sur ma personne. Le dépouillement et le traitement des données ont été faits de façon manuelle et à l'aide de l'outil informatique avec les logiciels Excel et SPSS.

## **II. DIFFICULTES ET LIMITES**

Des difficultés relevées sont relatives à l'exploitation des registres de soins et à l'identification des enquêtés. L'absence de documentation des cas de référence, les annuaires statistiques n'intégrant pas les données de la référence et contre-référence, a limité les analyses comparatives. Seule la nouvelle expérience dans le cadre du FBR a permis d'avoir des données de 2014. Par ailleurs, la lecture de l'écriture spécifique des professionnels de santé et la transcription incomplète des informations sur les usagers (quartiers de villes, numéros de téléphone non conformes avec ceux des patients) dans les registres. Aussi la mobilité géographique de certains usagers a-t-elle limité leur repérage surtout dans les grandes agglomérations où les gens ne reconnaissent leur voisin que du prénom de leurs enfants au détriment de leurs nom et prénoms. En effet, les appellations du genre "*jo to ou Papa Jo*" pour signifier le papa de Jo (diminutif de Joseph ou Jonas ou Josiane, etc.), "*lili non ou Maman Lili*" pour signifier la maman d'Elise ou Eliane ou Elie, ont rendu la tâche d'identification ardue sur le terrain. En outre, de par sa nature, le travail a conduit, parfois, au rappel d'événements douloureux de certains enquêtés dont les patients ont eu de mauvaises expériences de soins ou n'ont pas connu la guérison. Ces usages ont limité certains entretiens.

**DEUXIEME PARTIE :**

**ANALYSE DE L'ORGANISATION ET  
DES PRATIQUES AUTOUR DE LA  
REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE**

## **DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES AUTOUR DE LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE**

Cette deuxième partie est organisée autour de deux chapitres : le premier porte sur l'organisation du système de référence et contre-référence et le deuxième aborde les pratiques et représentations qui s'y développent autour.

### **CHAPITRE III : ORGANISATION DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE DANS LA ZS KTL**

L'on ne peut comprendre le système de référence et contre-référence sans aborder l'organisation de la zone sanitaire dans le système sanitaire au Bénin. Ainsi ce chapitre fait un aperçu rapide sur deux points : l'organisation de la ZS KTL puis du système de référence et contre-référence.

#### **I. HISTORIQUE ET ORGANISATION DE LA ZS KTL**

A la faveur des réformes dans le système de santé au Bénin, la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones opérationnelles et surtout l'Arrêté de création du 29 avril 1999, portant création, attributions, composition, organisation et fonctionnement de la Zone de Klouékanmè–Toviklin-Lalo, et désignant Klouékanmè comme siège abritant l'hôpital de référence, le Centre de Santé de Sous-Préfecture de Klouékanmè a été reconstruit et réhabilité en hôpital de Zone de Klouékanmè. Cet hôpital est devenu effectivement fonctionnel depuis le 19 mai 2003

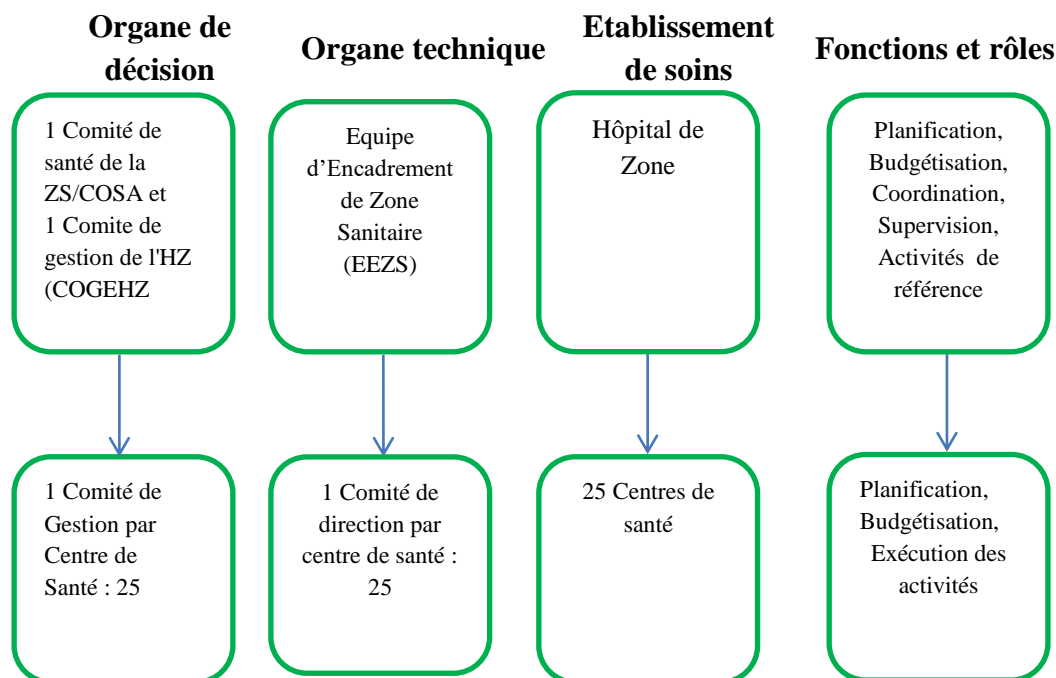
Conformément à sa description faite dans le PNDS, la mission de la zone sanitaire est d'exécuter des activités de santé curatives, préventives et promotionnelles. Les lignes d'actions du développement des ZS sont entre autres : rendre accessibles les soins de premier échelon aux populations (accessibilité géographique, financière), améliorer la qualité des soins et services de santé de premier échelon, améliorer le système de référence et de contre-

référence à tous les niveaux, renforcer l'intégration des activités à tous les niveaux, rendre les structures sanitaires existantes conformes aux normes en matière d'infrastructures et d'équipements.

Quelques événements ayant marqué l'histoire de la zone sanitaire KTL concernent le 27 juin 2003 qui est la date d'inauguration officielle. Le 1<sup>er</sup> janvier 2004 marque la mise en service du bloc opératoire suivi en octobre 2004 par les services de radiographie et d'échographie. L'Hôpital de zone de Klouékanmè est organisé en services médico-techniques et administratifs. En outre, la Zone KTL dispose d'un Centre de Traitement de l'Ulcère de Buruli installé au centre de santé de Lalo.

La ZS KTL dispose, en outre, des différentes structures administratives et techniques pour l'organisation et la gestion des activités. Son organigramme comprend des organes de décision, des organes techniques, des établissements de soins avec des fonctions et rôles bien définis. La figure suivante présente l'organigramme de la zone sanitaire.

**Figure 2 : Organigramme de la zone sanitaire KTL**



**Source :** Données de terrain, 2014

L'organigramme visualise une Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire (EEZS) qui assure le rôle d'organe technique chargé de la planification, la

coordination, la supervision et le monitoring. Elle assure la gestion des services de soins, le développement intégré de la ZS. L'EEZS comprend tous les médecins de la ZS y compris ceux de l'Hôpital de Zone. L'organe de décision de la zone sanitaire est constitué par le Comité de Santé (CoSa). Suivant les Décrets 2005-N°10196/ MSP/ DC/ SGM/ CTJ/ DDZS/ SA du 19 octobre 2005 et 2006-N°7273/ MSP/DC/ SGM/ CTJ/ DDZS/ SA du 24 juillet 2006, cet organe est constitué de quatre (4) types d'acteurs: les élus locaux, les ONG et les associations pour la partie demande de soins et les agents de santé pour l'offre de soins. Ainsi, il existe au niveau de chaque Centre de Santé de la ZS KTL un Comité de Gestion de Centre de Santé (CoGeCS) qui est l'organe de décision. Au niveau de l'hôpital, le Comité de Gestion de l'Hôpital de Zone (CoGeHZ) joue le rôle de conseil d'administration. Les organes de gestion de la ZS et de l'HZ fonctionnent séparément sans une réelle gestion intégrée.

## **II. SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE : CONNAISSANCE ET PERCEPTIONS**

### **A. Aperçu historique**

Le système de référence et contre-référence au Bénin est principalement liée à la performance du système sanitaire. La vision du système de santé a été réprécisée lors des Etats Généraux de la Santé en 2007: «Le Bénin dispose en 2025 d'un système de santé performant basé sur des initiatives publiques et privées, individuelles et collectives, pour l'offre et la disponibilité permanentes de soins de qualité, équitables et accessibles aux populations de toutes catégories, fondées sur les valeurs de solidarité et de partage de risques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé du peuple béninois» (Bénin Alafia 2025, 2000). Ainsi, à cette échéance, le pays devrait avoir un système de santé performant, équitable et accessible. Le système de référence et contre-référence intégré au système sanitaire constitue donc une réponse à l'accessibilité aux soins d'urgence des usagers qui ne peuvent être pris en compte au niveau des

formations sanitaires du premier échelon. Il s'agit principalement d'un moyen pour réduire la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Le système de référence et contre-référence a donc une fonction d'appui aux formations sanitaires. « Tout le monde ne peut disposer d'un hôpital dans son jardin » (Bossyns, 1994). L'hôpital de référence, de par sa vocation, doit assurer la prise en charge des cas graves à travers le système de référence et contre-référence en collaboration avec les autres structures. Le bon fonctionnement dudit système permettrait de référer et de sauver des malades chaque fois que cela est nécessaire. Il doit être le levier pour la continuité des soins et l'amélioration des compétences des agents au niveau périphérique. En effet, suivant le niveau de soins du malade, les diagnostics doivent être mieux posés suivant des compétences qualifiées et des équipements performants disponibles. Autrement dit, le système vise à faire un diagnostic plus précis dans les conditions requises par le personnel de qualité, et pour une prise en charge médicale adéquate des usagers. La zone sanitaire représente donc l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système de santé constituée d'un réseau de services publics de premier contact et des formations sanitaires privées avec à la tête un hôpital de référence.

Le fonctionnement du système de référence et contre-référence s'entend alors la mise en place et la gestion d'un ensemble d'instruments et de stratégies pour répondre efficacement aux besoins des usagers. Selon les offreurs de soins, cela exige des ressources et une communication, des rôles et responsabilités de chaque niveau de soins, un mécanisme de suivi des normes pour limiter les déviances. C'est la condition essentielle pour une prise en charge médicale des patients d'une formation sanitaire vers l'hôpital. Comme son nom l'indique il prend en compte deux aspects : la référence et la contre-référence

## **B. Sens de la référence et contre-référence**

Le concept de référence sanitaire en *aja* : "**o due daqa doto xwegan**", "**o sue kpé nkɔ fibu**" ou bien "**o twitwi daqa nkɔ**". Cela se traduit par "**on l'a**

*envoyé dans un plus grand centre de santé", "on l'a envoyé ailleurs plus haut ou "on l'a repoussé devant".* Cela se comprend que la maladie est intraitable dans le premier centre de recours. Cela génère des comportements et attitudes au niveau de l'entourage du malade

Pour les prestataires de soins, la référence est la circulation des patients pour la continuité de leur prise en charge d'un niveau inférieur à un niveau supérieur. Appropriée à chaque zone sanitaire, elle peut s'élargir vers d'autres niveaux (départemental, national). Pour certains professionnels de santé, la référence prend le nom d'évacuation quand il est externe à la ZS alors que pour d'autres, c'est le caractère urgent qui fait parler d'évacuation. Il se pose un problème définitionnel au sein même des praticiens de soins. « Quand je constate après consultation que le malade est anémié et a besoin d'être transfusé ou il souffre d'une pathologie que notre plateau technique ne peut couvrir, je le réfère vers l'hôpital. Au cas où le produit sanguin n'existe pas, l'hôpital évacue vers le centre hospitalier départemental (CHD)» (Infirmier). Ainsi le système de référence est d'abord une organisation intrazone sanitaire pour assurer la prise en charge des patients le plus rapidement possible au centre de référence qu'est l'hôpital. Cependant les vécus des patients font interpréter la référence comme un calvaire pour les usagers.

### **Encadré 1 : La référence du père de mon ami**

*« Le samedi 26 juillet 2014, je suis allé saluer, au centre de santé de Lalo, mon ami G, enseignant, dont le père a été hospitalisé par suite d'une crise le vendredi au petit matin. Il serait retrouvé le matin dans un bain de sang près de son lit. Depuis hier, les soins administrés n'ont pu le réanimer.*

*Le major a décidé de le référer vers l'hôpital. Se basant sur l'indisponibilité fréquente du produit sanguin à l'HZ et du personnel surtout le week-end, il décida de référer vers le CHD situé à une quarantaine de km, soit environ une durée de 2 heures, vu l'état de dégradation avancée de la route. Les enfants et parents du malade se sont concertés. Ils ont finalement accepté parce qu'après toutes les négociations avec le major, le CS ne peut plus rien. Après plus d'une heure, l'agent de santé a fini par joindre le gestionnaire des ambulances sises à l'hôpital de zone sanitaire. Mais l'ambulance n'était pas disponible.*

*Vers 17h, mon ami m'informa de la décision de la référence, de l'acceptation de ses frères et parents. Il me sollicita à transporter son père pour la référence. J'acquiesçai, dans ce dilemme, à la demande de transporter avec ma voiture privée le père de mon ami, en état comateux au CHD. L'infirmier réussit après plusieurs tentatives à joindre au téléphone son collègue de garde au CHD pour lui annoncer le cas référé. Dans la voiture servant d'ambulance de fortune, s'étaient installés trois accompagnants. Mon ami et sa mère à bord avec un papier et le carnet du malade. Une autre enfant tenait haut la bouteille de perfusion qui s'administrait au malade.*

*Quelques minutes après notre départ, la perfusion arrêta de couler au niveau du cathéter. Nous*

*fûmes un demi-tour suite à l'échange téléphoné avec l'infirmier. Le produit fut remis en état de fonctionnement par l'aide-soignant aussitôt à notre retour au centre de santé. Sur le chemin, les réponses aux appels téléphoniques de mes passagers me rassuraient des communications avec des parents au village, avec des religieux qui œuvraient pour un trajet sans inconvénient et pour un rétablissement du malade. De temps à autres, mon ami me disait que les signes et annonces du village ne présagent pas d'un happy end. Je l'encourageais à garder espoir et faire confiance à Dieu. Je le savais chrétien évangélique comme son père.*

*Connaissant le CHD, je me dirigeai directement au service des urgences où un agent nous demanda de retourner à la médecine. Pendant 25 minutes le malade dans la voiture, nous n'avons pas trouvé un agent de ce service. Toutes les portes sont closes ce samedi. Les accompagnants des malades errant dans le hall s'offusquaient car, après le tour de la matinée, ils n'ont plus revu les agents. Je retournai au service de l'urgence pour avoir la conduite à tenir. Mais les deux agents n'avaient aucune solution de rechange à me proposer. Au contraire, à ma menace d'appeler la Direction du centre, ils m'encouragèrent fortement, ajoutant qu'ils sont les seuls à sacrifier de leur temps au service. Lorsque j'annonçai mon problème au Chef du Service Administratif et Financier, trois minutes plus tard, cinq agents (deux aides-soignants, deux infirmiers et un médecin) s'offrirent à nous et nous demandèrent de faire descendre le malade. Nous l'avons posé sur le brancard qu'ils nous ont aidés à le transporter vers la salle d'hospitalisation » (Kouechi, 45 ans)*

**Source :** Données de terrain, 2014

La référence fait donc intervenir alors trois niveaux : la prise de décision, le transport qu'est l'ambulance et l'accueil à l'hôpital. L'ambulance se désigne en *aja* par "*dnonwohun*", c'est-à-dire le véhicule des malades. Mais il ne s'agit pas de n'importe quel malade. Il s'agit des moribonds ou ceux dont la maladie est devenue compliquée. Ainsi certaines parturientes refusent de l'emprunter car, disent-elles, elles ne sont pas malades. Ainsi la référence implique que la maladie atteint un niveau ultime et l'ambulance est destinée au transport des moribonds. Cette conception rapproche de l'histoire même de l'hôpital. « Jusqu'au XVIIIe siècle, le personnage idéal de l'hôpital n'était donc pas le malade, celui qu'il fallait soigner, mais le pauvre, qui était déjà moribond. Il s'agit d'une personne qui nécessite une assistance matérielle et spirituelle, qui a besoin de recevoir les ultimes secours et les derniers sacrements. C'était la fonction essentielle de l'hôpital. » (Boileau et Eboko, 2000).

Quant à la contre-référence, elle est le retour de l'information médicale sur le patient vers le centre ayant fait la référence. Elle aide à apprécier l'acte médical de l'agent face à la maladie. « En retour l'hôpital devrait nous envoyer les contre-références. Cela nous rassurerait de la suite du mal de notre patient envoyé » (Infirmier). Malheureusement ce n'est qu'en 2014 que le suivi

documenté de la contre-référence est devenu effectif. Le tableau suivant présente une synthèse de tenue des fiches en la matière.

**Tableau III:** *Données des références reçus à l'hôpital de zone*

<b>Production de fiche médicale</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Reste</b>
Nombre de cas de référence reçus	891	-	-
Nombre de fiches de référence produites	860	97	31
Nombre de fiches de contre-référence produites	698	78	162

**Source :** Extrait de Base de données KTL, 2014

Selon l'infirmière générale, les cas de référence reçus aux services de la maternité et de l'urgence n'ont pas de fiche médicale établie provenant du centre de santé. De la même manière, 162 fiches de contre-référence ne sont pas produites par l'hôpital de zone conformément aux normes et principes de référence et contre-référence. Les prestataires estiment qu'une contre-référence bien établie et reçue dans les délais de deux à trois semaines aide l'agent à s'apprécier dans la pratique des actes préalables à la référence et d'améliorer les qualités de prestation. Cela permettrait de réduire les complications et les dommages incalculables aux patients notamment les coûts liés au transport, à la consultation et autres examens. « La contre-référence est obligatoire, parce qu'elle permet de savoir si nous faisons un bon travail ou si nous passons à côté. Elle doit nous permettre de poser un bon diagnostic. En référant le malade on ne lui dit pas toujours de quoi il souffre » (un prestataire de soins). Ces propos sont renforcés par l'infirmière générale de l'hôpital : « Nous voulons également que les structures sanitaires puissent avoir les conclusions sur les patients provenant de l'hôpital, pour qu'une autre fois, si un autre patient se présente avec les mêmes symptômes qu'elles puissent faire une prise en charge adéquate, ou qu'elles puissent poser les bons actes avant la référence ».

### **III. STRUCTURES ET ACTEURS DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE**

Le système de référence et contre-référence met en relation plusieurs structures et acteurs.

## A. Structures de soins impliquées dans la référence et contre-référence

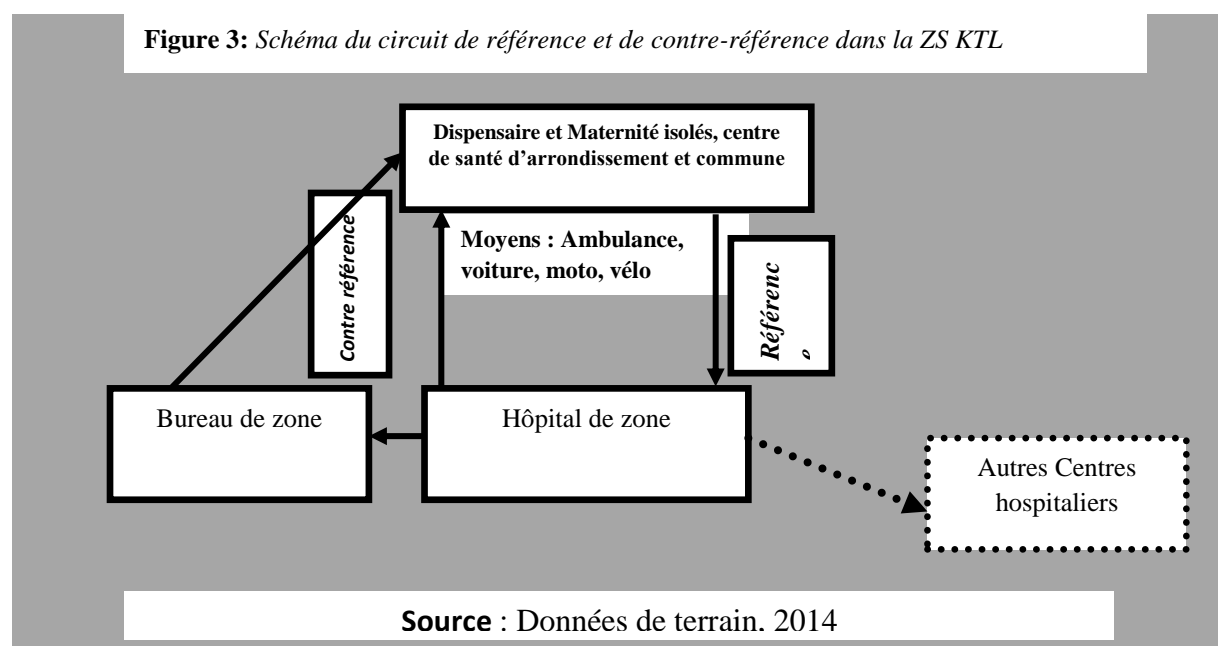
La documentation sur le système de référence dans le district sanitaire met en relation deux niveaux de soins. En réalité, d'autres démembrements de soins et structures interviennent avec des prestations spécifiques. Le tableau suivant présente les structures du système sanitaire actives sur le terrain ainsi que les prestations y afférentes.

**Tableau IV : Structures de soins de santé publics dans la zone sanitaire KTL**

Formations sanitaires	Prestation
Hôpital de Zone (HZ)	Médecine, pédiatrie, chirurgie, bloc opératoire urgence, kinésithérapie, Gynéco-obstétrique, radiologie, Ophtalmologie, hospitalisation, laboratoire, pharmacie, maternité, accouchements hygiène et assainissement, service social, dépôt de pharmacie, caisse de pharmacie, morgue
Centre de santé de commune (CSC)	Dispensaire, maternité, accouchements, pharmacie, caisse de pharmacie, laboratoire
Centre de Santé arrondissement (CSA)	Dispensaire, consultation, maternité, accouchements, pharmacie
Dispensaires isolés (DI)	Consultation, pharmacie
Maternités isolées (MI)	Accouchements, pharmacie

Source : Données de terrain, 2014

A chaque niveau correspondent des compétences propres. Tenus par des aides-soignants, les maternités (4) et dispensaire (1) dits « isolés » ont une aire de couverture limitée et fonctionnent sous la coupole des centres de santé situés au niveau des arrondissements. Le processus de RCR de KTL peut se représenter comme suit:



Les centres isolés offrent des soins et réfèrent les patients. Leur fonctionnement limite les surcharges au niveau des CSA et rapproche davantage les soins des populations. Ainsi, les références s’effectuent même à l’intérieur d’un arrondissement ou d’une commune. Cependant, « le personnel de ces centres et les moyens disponibles sont très limités » (Major ZS). La situation du personnel de la ZS KTL se présente comme suit :

**Tableau V: Personnel médical et para médical dans la ZS**

Communes	MEDECINS					IDE	SFE	Technicien	
	Médecins généralistes	Pédiatre	Gynéco	Chirurgien	Autres			Technicien labo	Technicien Radio
Klouékanmè	0	0	0	0	1	14	3	0	0
Lalo	0	0	0	0	1	16	2	1	0
Toviklin	1	0	0	0	0	10	2	1	0
HZ Klouékanmè	2	0	0	1	0	14	4	4	2
ZS-Klouékanmè	3	0	0	1	2	54	11	6	2

Source : DDS-MC, Bases de données SRH/DDS-MC, 2013

Il se dégage un problème de pénurie de personnel soignant dans la ZS : trois communes avec deux médecins dont un spécifiquement attaché au centre de l’ulcère de Burrili (Lalo), onze (11) sages-femmes pour trente (30) centres de santé périphériques, un hôpital de zone sans Gynécologue ni pédiatre. Cette situation de compétences limitées au niveau de l’offre de soins peut offrir une confiance douteuse sur la qualité des services.

### **B. Groupes d’acteurs en présence**

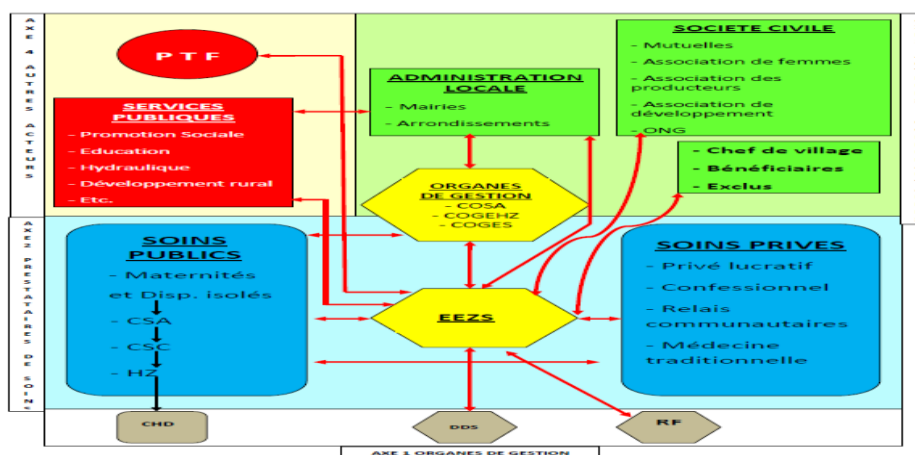
Les acteurs de la référence et contre-référence peuvent être regroupés en deux groupes: les demandeurs de soins et les offreurs de soins. Les demandeurs de soins sont les malades et leurs parents, donc les usagers de soins. C’est aussi les structures représentant la demande de soins à savoir les organes de cogestion, les administrations locales, les organisations des chefs coutumiers (chefs religieux), la société civile qui ont des rôles dans la structuration et la définition politiques locales pour l’accessibilité de soins aux populations.

Quant aux offreurs de soins, ils sont constitués des professionnels médicaux et paramédicaux. C’est aussi les agents de soutien tels que les conducteurs, les cadres de bureau qui accompagnent le fonctionnement du

Le système local de santé. C'est aussi le secteur privé composé de cabinet et des tradipraticiens. Ces acteurs ont chacun des rôles dans le dispositif en place, développent des stratégies et élaborent entre eux des relations d'interaction.

Le schéma suivant présente les acteurs et leur interaction dans la gestion du système local de santé :

**Figure 4:** Organisation d'un système local de santé



Source : DTF PARZDS, 2011

La figure 4 est une vision constructiviste caractérisée par le dialogue entre partenaires et un alignement critique pour construire ensemble une meilleure réalité. Ces interactions entre les acteurs concernés impliquent les communautés et collectivités locales qui doivent jouer un rôle important. Cela appelle donc une responsabilité sanitaire et une ouverture pour une organisation des soins et une réponse adéquate aux problèmes de santé. Cela appelle aussi une meilleure coordination des services et une circulation optimale de l'information pour assurer une accessibilité des usagers aux différents échelons. Ce sont là des perspectives pour un fonctionnement cohérent et accepté des structures de gestion et de concertation locale et une appropriation par les différents acteurs.

### C. Autres acteurs en appui au système de référence et contre-référence

Depuis sa création en 2004, la ZS a bénéficié d'appuis provenant de l'Etat et des partenaires techniques et financiers pour améliorer son système de référence et contre-référence. En effet, le budget national, le Projet d'Appui aux Zones Sanitaires (PAZS KTL), le projet EDULINK, le projet ACP et le

PARDZS ont offert à la ZS des ambulances, des fonds pour la carburantion des véhicules, du financement pour la communication téléphonique, la formation et la fourniture de supports de gestion pour améliorer son Système de Référence et Contre-Référence. Deux partenaires peuvent étayer cet accompagnement.

Le projet “Interface entre prestataires de soins modernes et traditionnels” dénommé projet ACP est une initiative de l’Université Libre de Bruxelles (ULB) financé par l’Union Européenne (UE) et mis en œuvre de 2009 à 2013. Fondé sur le manque d’ancrage des politiques internationales dans les réalités du terrain, il prend pour hypothèse que les politiques internationales se focalisent sur les aspects biomédicaux pour atteindre les OMD, alors que les populations les plus pauvres recourent le plus souvent à l’automédication et aux tradithérapeutes, n’allant au CS que lorsque toutes les autres options sont épuisées. Le développement de partenariat et l’élaboration d’outils adaptés de référence exploitables par les tradipraticiens a été une avancée majeure du projet. « L’initiative a été bien accueillie par les tradipraticiens (TP). Ils n’hésitent pas à accompagner les malades qu’ils réfèrent jusqu’au CS. Cela a facilité les échanges entre eux et les agents de santé » (Coordonnateur de ZS). Effectivement, les TP y trouvaient une reconnaissance de leur rôle dans la protection des vies humaines mais aussi la contribution aux statistiques sanitaires. Cependant, « la collaboration entamée n’est pas réciproque. Nous leur envoyons les cas d’anémie, d’analyse et autres maladies naturelles. Eux, ne nous font pas le retour. Ils ne nous apprennent même pas comment prendre la température mais veulent comprendre tout ce que nous autres faisons» (Tradithérapeute). Après la fin du projet, les échanges peinent entre les acteurs. D’ailleurs la base de RCR n’évoque nulle part une référence provenant des tradithérapeute en 2014.

Quant à la Coopération Technique Belge, elle se distingue dans sa contribution à travers le projet d’appui à la Zone Sanitaire (PAZS KTL) de 2004 à 2007 et le projet d’appui au renforcement des départements et zones sanitaires

(PARDZS ou PARZS) de 2010 à 2014. Dans ce cadre, elle a contribué à la réorganisation et l'opérationnalisation du système de référence et contre-référence à travers entre autres la définition des processus et responsabilités et la formation des acteurs. Spécifiquement, la CTB a aidé à mettre en place un dispositif de communication (RAC) au niveau des différentes formations sanitaires de la ZS. Cette technique a facilité pendant quelques années l'alerte de l'hôpital en cas de référence par un CS. Avec le développement du réseau téléphonique, le PARDZS a soutenu la création du groupe fonctionnel des utilisateurs (GFU) ou flotte). De même, un mécanisme de transport des patients a été mis en place pour rendre effective la gratuité du transport des cas référés et pour corriger les dysfonctionnements de gestion des ambulances. «Malgré que tous les éléments soient réunis, le système de référence et de contre-référence au niveau de la ZS KTL n'est pas performant ?» (ZS KTL, PARZS, 2014). Cela relance les réflexions sur le fonctionnement du système à travers les pratiques, les jeux et intérêts des acteurs en présence.

## CHAPITRE IV : MOTIVATIONS ET INTERACTIONS ENTRE LES ACTEURS

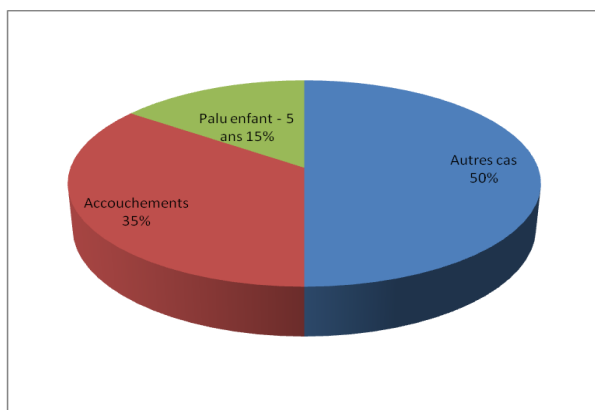
### I. PRATIQUES ET MOTIVATIONS DES ACTEURS

Fassin (1992) affirme que « la maladie et les moyens que les hommes mettent en œuvre pour l'interpréter la combattre et la prévenir font en effet intervenir un ensemble de représentations et de pratiques bien au-delà des seuls référents médicaux ». Ainsi une anthropologie qui ne s'intéresse qu'à la maladie serait singulièrement restrictive (Laplantine, 1986). Il me revient d'abord ici les pratiques que les acteurs développent et les motivations et relations qu'ils entretiennent en vue de l'acceptation ou du refus de la référence sanitaire.

#### A. Documentation des cas de référence

Dans la ZS, 1144 cas de référence effectués ont été documentés dans la base de données devenue opérationnelle en janvier 2014. Ils sont constitués en

**Figure 6:** Classification des cas de référence sanitaire



Source : Base de données ZS KTL, 2014

trois groupes: le paludisme des enfants de moins de 5 ans, les accouchements compliqués et les autres cas de maladie. En effet, les autres cas viennent en tête avec 50% suivis des femmes en accouchement compliqué (35%). Le paludisme pour les enfants de moins de 5 ans occupe la dernière place avec 15%. En dehors des accouchements difficiles ou compliqués, des paludismes graves chez les enfants et femmes enceintes, plusieurs causes déterminent le recours à la référence.

Il s'agit des « autres cas » mais non élucidés dans la base de données. Ces cas sont constitués de traumatismes, des blessés graves, de paludisme pour adulte,

des avortements involontaires, hernies, appendicites, etc. Pour les prestataires de l'offre de soins, la documentation des cas de paludisme grave et de césarienne sont une exigence des mesures de gratuité pour récupérer les frais engagés au niveau de l'Etat. Le détail des autres cas, non explicités dans la base de données, permettrait pourtant une meilleure identification des pathologies à la référence et une bonne analyse de ses causes.

Toutefois, la base de données de la référence et contre-référence facilite désormais l'enregistrement des données relatives aux appels selon les types de cas.

**Tableau VI: Synthèse de la base des appels de référence**

Nature	Enregistrement au guichet unique			%
	Femmes enceintes	Enfants de moins de cinq ans et autres	Total	
Nombre d'appels effectués	398	174	572	-
Nombre de cas parvenus à l'HZ	336	143	479	83,7
Nombre de cas de refus à la référence	62	31	93	16,3

Source : Extrait de Base de données ZS KTL, 2014

Le tableau indique une demande de 572 cas pour la référence dont 16% ne sont pas satisfaits. Ces insatisfactions sont liées selon les prestataires au refus (le patient et ses accompagnants renoncent à continuer les soins à l'hôpital) et à l'indisponibilité de l'ambulance (due aux pannes fréquentes et sollicitations multiples simultanées). Pour les usagers, elles sont aussi dues aux comportements des agents de santé, au manque de produit sanguin. En effet, « l'augmentation du niveau de létalité par les références tardives et parfois les pénuries de sang en période de pointe dans les unités de transfusion sanguine » ont été évoqués comme causes de craintes nourries face à la référence (MS Bénin, 2009). Elles sont également dues aux résultats de la consultation divinatoire.

## **B. Accueil et communication en milieu sanitaire**

L'accueil est une prestation de service fournie au client au premier contact et durant tout son séjour dans un centre de santé en vue d'établir avec celui-ci un climat de confiance et donner satisfaction à ses besoins/attentes. Les éléments

constitutifs d'un bon accueil cités par les usagers et prestataires de soins regroupent la civilité, l'écoute, la prise en charge, le respect de la confidentialité, le respect de l'intimité, la disponibilité de l'équipe, le délai d'attente, la propreté des locaux. Ainsi, 45% des usagers interrogés ont lié leur refus à la référence au mauvais accueil et rançonnement des agents. « Les agents ne considèrent pas les pauvres à l'hôpital. Si tu n'as personne, ils vont te maltraiter, ils vont t'oublier et tu n'as pas de soins. Il faut leur donner de l'argent chaque jour et devenir leur ami. Si non on t'insulte, parce que tu es malade ou parce qu'un enfant est malade pour toi» (Aline, 33 ans.). Les usagers souhaitent être bien accueilli, entouré, recouvré la santé.

L'accueil est donc perçu comme une préoccupation commune de l'Offre de soins et de la Demande de soins. Fourni par les uns, ressenti par les autres, il est la première étape de la construction de la confiance entre les acteurs. On comprend pourquoi Jaffre et Olivier De Sardan (2003) se basent sur le paramètre relationnel pour diagnostiquer un comportement du personnel soignant extrêmement négatif et influant sur le recours thérapeutique. Ils identifient, entre autres, le non-respect des normes de bienséance, le non-respect de la pudeur du patient, le mépris et de la violence verbale et physique. Les auteurs soulignent que les « sages-femmes, toujours pressées d'en finir le plus rapidement possible avec les parturientes, n'hésitent pas à gifler celles qui ne poussent pas assez et à faire des injections systématiques et prématurées de sérum pour précipiter l'accouchement ».

Selon les usagers, les prestataires «accusent facilement» en liant l'aggravation du mal et la référence au retard ou à la fréquentation du centre de santé public. « Comme Maman-là (la sage-femme) m'avait dit que je devrais avoir honte de venir les gêner après cinq accouchements, portant une chose encore comme grossesse, je savais qu'elles voulaient me faire dépenser et ne voulaient pas de la vie de l'enfant que je portais. Ma mort ne les gênerait pas. Mon mari a refusé et le Zemijan m'a amenée à moto dans un centre privé du

village. Là j'ai accouché de cet enfant que voici » (Huberte, 36 ans). Il se dégage que plusieurs éléments inscrits dans le registre de l'accueil sont des motifs de refus de la référence des patients vers l'hôpital.

### **C. Motifs de référence**

La triangulation des données révèle que, dans bien de cas, les motifs et la date de recours consignés dans les registres et ceux indiqués par le patient ne concordent pas toujours. Des enquêtés se sont prononcés sur la connaissance de leur motif de référence.

Les femmes qui ont consulté pour des raisons d'accouchement disent avoir connaissance des raisons de leur référence à l'hôpital, comme l'atteste ce témoignage : « C'est un infirmier de santé qui m'a référée. Il m'a dit qu'il ne pouvait pas me faire accoucher au CS, parce que la sage-femme n'est plus là ». Ainsi l'absence des agents au poste ou la pénurie d'agents qualifiés conduit à la décision de la référence sanitaire des usagers. Pour une autre : « J'ai été référée par la Maman (Sage-femme ou Matrone). Elle a dit qu'elle ne sentait plus les battements dans mon ventre. J'ai pris peur, mon mari aussi » (Ana, 18 ans). La communication du motif peut être donc source de peur. Face à cela un infirmier annonce que « souvent, les malades se demandent ce qu'ils ont comme mal, pourquoi on veut les référer. Mais il est parfois difficile de leur déclarer le motif réel. Cela peut causer parfois des désagréments au niveau des patients ». Ainsi, le refus d'informer pourrait se justifier par le souci de la gestion de la confidentialité de la part du personnel de santé. On comprend pourquoi on assiste à un décalage entre le discours des patients et les données sanitaires enregistrées notamment sur la période de recours et le motif réel de fréquentation de soins.

Pour d'autres usagers, les motifs de la référence ne sont pas connus. « Quand mon mari a été informé qu'on m'a dit d'aller à l'hôpital, il m'a demandé pourquoi. Mais je ne sais pas » (Ablawa, 28 ans). Ce témoignage

montre bien le déficit d'information médicale constatée entre les patients et les personnels de santé, Le mari aurait souhaité connaître le motif de la référence. L'absence d'information sur le motif de la référence peut changer les perceptions sur les pratiques des agents de soins, comme en témoigne ce discours : « J'ai été référée par Maman (Sage-femme). Elle ne m'a rien dit. Alors qu'elle savait que l'enfant que je portais n'était plus en vie avant de m'envoyer à l'hôpital» (Ablawa, 28 ans). L'information des patients sur les motifs de référence aiderait à mieux gérer leur état et d'éviter d'éventuelles incompréhensions. Cette pratique médicale est confirmée par un autre patient mais qui s'en plaint : «Moi je sais que cela ne va pas. Mais le major ne m'a pas dit le pourquoi de mon mal avant de me mettre dans l'ambulance. Lui il sait pourquoi je souffre si tant après un simple accident à vélo. Ce n'est pas bon. Quand on sait, on n'a plus tellement peur» (Codjo, 42 ans).

L'information sur le motif de la décision de référence montre que dans un même centre de santé, les pratiques varient d'une unité à l'autre : la maternité informe sur le motif de la référence alors que le dispensaire n'en fait pas un devoir. L'information, l'explication et la négociation avec les usagers comme fondamentaux de la référence n'ont donc pas été toujours intégrées dans les pratiques du référencement. Contrairement aux prestataires de soins qui pensent que l'information sur la cause de la référence peut être source de désagrément, des patients estiment que la connaissance du motif de la référence aide à mieux gérer la situation. Ainsi deux logiques se développent face à la peur de la maladie et de son traitement. Certains auteurs ont montré que les logiques scientifiques ne sont pas toujours adaptées à toutes les situations. « Pour ce qui concerne les malades, on peut considérer qu'ils se font de plus en plus impatientes, exigeants, s'appuyant parfois sur des connaissances qui leur permettent de discuter, de controverser, le traitement qui leur est proposé» Herreros (2008). On peut considérer que le temps de l'univers hospitalier où le

médecin, fort de sa science, de sa formation, incarne celui qui soigne, qui sauve et sous qui chacun doit se plier a évolué avec les acteurs.

#### **D. Indisponibilité des compétences dans les formations sanitaires**

Les entretiens révèlent que la référence sanitaire exige des compétences techniques dans les formations périphériques. « Je suis allée au CS pour le suivi de ma grossesse. On m'a vendu des produits et dit de rentrer. On ne m'a même pas fait d'injection. Donc, après trois jours les douleurs ont repris. On est revenu au centre le matin et c'est le soir qu'ils ont dit à mon mari que je vais être opérée. Alors mon mari m'a amené à moto à l'hôpital » (Aline, 20ans).

Selon certaines femmes, la prise en charge des accouchements a nécessité un recours à un échelon supérieur qui a des compétences techniques et un plateau technique approprié. « La sage-femme, après m'avoir demandée une échographie, a dit que j'avais une grossesse dans les intestins (extra utérine). Alors elle m'a dit que ce n'est plus elle qui traite cela. Je dois être portée par mon frère à Klouékanmé» (Elise, 32 ans). Ainsi, le suivi des grossesses, les accouchements difficiles constituent un motif de la référence sanitaire.

Dans beaucoup formations sanitaires périphériques, la disponibilité des services publics est un problème pour les patients référés à l'hôpital: « Lorsque j'ai commencé par sentir le mal de tête, mon enfant m'a accompagné chez le major. Arrivé au centre de santé, il y avait des malades mais les agents de santé sont absents, ils étaient en grève. Le soir on m'a renvoyé à Klouékanmé. Là-bas (à l'hôpital), ils (les agents de santé) ont trop crié sur moi que je suis trop resté à la maison avec la maladie. En ce temps moi j'avais trop mal et je ne pouvais plus manger ni boire de l'eau. Ils ont demandé 12000F, mais on a fait un seul sérum. Deux jours après j'ai quitté leur centre. Ils ne travaillent pas. Ils nous fâchent » (Ajou, 50 ans).

En somme, pour une raison ou une autre, l'indisponibilité et les comportements des agents au poste de santé influencent l'organisation des services de référence et favorisent la prise d'options parallèles aux normes. Ils

entretiennent les griefs et les représentations sociales conduisant au renoncement de la référence sanitaire.

### **Encadré 2 : Le calvaire de la référence**

« Il y a trois ans, ma femme a amené notre enfant de 4 ans au centre de santé de K. (il désigne le centre de santé isolé situé à 3km de chez lui). Après deux jours de traitement, le "doto" (agent de santé) m'a demandé d'aller chez le major (centre de santé d'arrondissement). Je les transportai. Là nous avons fait encore deux jours et ils nous ont dit d'aller au centre de santé de commune. Là-bas, ils ont dit que c'est trop tard. Ils nous ont insulté que nous sommes trop restés à la maison avec l'enfant. Alors ils ont dit d'attendre l'ambulance nous amener à l'hôpital de Klouékanmè. Moi-même, ils m'ont dit d'aller chercher de l'argent parce que le sang est fini dans le corps de l'enfant. Je les ai rejoints vers 15h à Klouékanmè.

Ce qui n'est pas bien, ils ont pris l'argent pour dire ils vont soigner et après ils ont dit que le sang de l'enfant n'existe pas chez eux. J'ai dit de prendre mon sang et ils ont dit que celui qui va faire ça n'est pas présent. On doit aller à Abomey ou à Lokossa (CHD). Mais comment ? Ils ont demandé encore payer 20000F pour le transport de l'ambulance. J'ai refusé et j'ai pris la femme, son bébé et l'enfant malade sur ma moto et nous sommes allés à Lokossa.

Tu sais quoi ? il n'y avait personne au CHD pour soigner mon enfant malade. Tous ceux qui sont là ne voulaient pas mettre le sang dans le corps de mon enfant. Ils ont refusé en me disant que celui qui est chargé était formation) à Grand-Popo. On l'appelle au téléphone et il ne prend pas alors que l'enfant est devenu pale et ses yeux ont commencé à tourner. Comme ils ont vu que l'enfant va mourir, eux ils ont dit que nous devons retourner à Goho ou partir vite au CNHU. J'ai demandé si on va réveiller le mort là-bas. Mon frère était venu les supplier mais ils ont refusé de soigner l'enfant.

Que faire ? Un infirmier a conseillé mon frère d'acheter un médicament Vita Iron pour l'enfant. Dans la maison de mon frère, nous avons fait le soin et ajouter des tisanes, en plus de coca et tomate en boîte. L'enfant a été sauvé par la grâce de Dieu. Deux jours après il s'est retrouvé.

**Accusations ou perceptions :** C'est cela la référence chez nous : perdre le temps avec son malade en passant d'un centre de santé à un autre pour recevoir des insultes, sans que qu'un médecin ne soucie de vous. Pourquoi ne pas me dire d'acheter ce médicament quand on est venu au centre de santé à Hlassamè, Lalo ou encore à Klouékanmè ? Parce qu'on leur donne de l'argent quand ils nous réfèrent. C'est du commerce qu'ils font avec leur chose. On est derrière l'argent et les gens meurent. Dites-leur que ce n'est pas bon ». (Georges. 36ans)

Il se dégage que la recherche de guérison est un véritable parcours de combattant d'un centre de santé à un autre. Le plateau technique et les comportements des soignants dans le référencement amènent que ceux qui ont fait l'expérience ne sont plus à recommencer une prochaine fois et déconseillent leurs proches. Cela conduit à trouver d'autres recours parallèles qui s'offrent.

## **E. Pratiques de détournement du malade**

Le détournement des malades se fait par l'orientation du patient vers des cliniques privées, au prétexte que l'hôpital public ne dispose pas du plateau technique pour les soins. Parfois, en complicité avec des cliniques privées, des agents de santé orientent des malades, leur faisant croire échapper à une référence abusive vers l'hôpital. « Le *doto* (agent de santé) m'a dit qu'on va m'amener à Klouékanmè (hôpital) mais son second que je connaissais a voulu que je vienne dans sa clinique à la maison. C'est un ancien». Il se développe ainsi au sein de la formation sanitaire privée une stratégie de concurrence avec celle publique. Cela entretient les interprétations sur l'opportunité et la pertinence des références.

## **F. Gratuité des soins ou boulevard pour la référence sanitaire**

Les mesures de gratuité des soins au Bénin porte sur la prise en charge de la césarienne, le paludisme des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans. Elles ont été perçues par les enquêtés comme une porte d'admission facile à la référence sanitaire. « Depuis qu'on a dit que l'accouchement par césarienne est pris en compte par l'Etat, les sages-femmes ne veulent plus faire d'effort. A moindre chose, on dit qu'il y a complication, et on demande d'aller à l'hôpital. C'est la même chose pour les enfants. On dit que tous les enfants sont anémiés et on envoie à Klouékanmé (hôpital) » (un Chef d'arrondissement). Ainsi les mesures de gratuité sont accusées par les acteurs parce que favorisant les décisions de référence. Les pratiques des agents de santé suscitent des réserves en terme de conscience professionnelle. L'objectif soupçonné serait de satisfaire les intérêts des structures sanitaires et des politiques nationales. Une telle appréciation contribue à la détérioration de la confiance des acteurs sur les fonctions du système et de ses services.

Selon les prestataires, les références ont accru parce que les moyens financiers des usagers ne constituent plus une contrainte majeure, l'Etat ayant

opté pour la gratuité des affections majeures. Cependant, le problème reste la disponibilité de personnel qualifié. Or ce personnel est fondamental dans la référence des patients. La ZS compte onze (11) sages-femmes sur les vingt cinq (25) attendus, deux chauffeurs d'ambulance (ZS KTL, juin 2014). Ce manque de compétence dans les CS est soutenu par certains usagers : « On nous demande d'aller loin parce que les soignants en bleu (aides soignants) ne peuvent pas » (Ana, 18 ans). Mais pour certains agents, il y a également un problème de qualité perçue : « Tu sais, les agents qui sont ici ne font pas bien leur travail. Ils ne savent que donner des médicaments et demander d'aller à Toviklin ou à Klouékanmé » (Blavi, 48 ans). Pour un autre encore, « chaque fois, c'est aller chercher moto pour aller à Adoukandji, Hlassamé, Lalo et Klouékanmé. Ce n'est pas bon. S'ils (agents de santé) sont incapables, mieux vaut quitter » (Tolochi, 35 ans). L'absence au poste du major ou de la sage-femme est perçue par 71% des enquêtés comme cause des références, le personnel qualifié étant indisponible. Il se dégage que des raisons médicales et des choix politiques motivent la décision de la référence. Mais les discours des acteurs font convoquer les perceptions sociales et culturelles alimentant les comportements face à la référence des malades.

## **II. FACTEURS DETERMINANTS DE LA REFERENCE SANITAIRE**

Plusieurs éléments cautionnent le comportement des patients et usagers appelés à la référence médicale.

### **A. Perceptions de la référence sanitaire**

L'une des fonctions de l'organisation pyramidale hiérarchisée du système sanitaire est d'assurer la prise en charge graduelle des malades. Mais cette complémentarité entre les niveaux de soins n'est pas comprise de tous. Ainsi beaucoup de plaignent de la référence vers un niveau supérieur. « Pourquoi on nous envoie chez un autre doto. Si l'on sait que cela ne va pas et que le mal ne peut être traité par la médecine moderne ici, ce n'est pas là-bas qu'on aura

réponse. Généralement quand on commence pas te dire que tu vas partir pour ailleurs, cela finit» (Ajou, 50 ans). D'une part, la référence est interprétée comme une incapacité de la médecine des blancs. En conséquence, la cause de la maladie doit être ailleurs et donc le traitement aussi. D'autre part, la référence est perçue comme une inefficacité de l'agent, sa paresse ou encore son manque de volonté à rendre le service public. Ainsi à la suite de la décision de référence, des usagers préfèrent retourner vers des centres privés ou aller ailleurs pour se soigner.

## **B. Influence de l'entourage et les expériences antérieures**

L'analyse des données a montré que l'environnement social influence la référence. Il s'agit des expériences racontées par les proches ou vécues dans le passé. « Moi j'ai refusé leur référence, les gens disent que leur voiture (ambulance) est un lit de mort. Elle transporte le vivant comme le mort sans être purifiée» (Ganlènou, 42 ans). La perception de l'ambulance joue sur le choix de la référence comme option de guérison. C'est Cathebras (1996) qui a mis en relief l'influence de l'entourage du malade dans le choix du recours thérapeutique. Pour lui, une expérience heureuse vécue par un malade après avoir recouru aux médecines parallèles stimule un autre à y recourir en cas de maladie.

Or, disait le Représentant Résident de la CTB à l'adresse des responsables de santé en 2013, « en matière de santé les populations votent par leur pied ». La fréquentation d'un centre de santé est donc l'expression de la confiance que la population éprouve à son égard. En conséquence, le refus de la référence est la manifestation du désenchantement, découragement et de désapprobation du fait des pratiques des acteurs en présence, des rapports réciproques entre eux mais aussi des expériences vécues par d'autres. Le MC de la ZS KTL raconte le refus à être d'hospitalisation d'un patient. Il eut fallu son intervention et une négociation pour que le patient accepte de rentrer dans la salle. Mais une fois

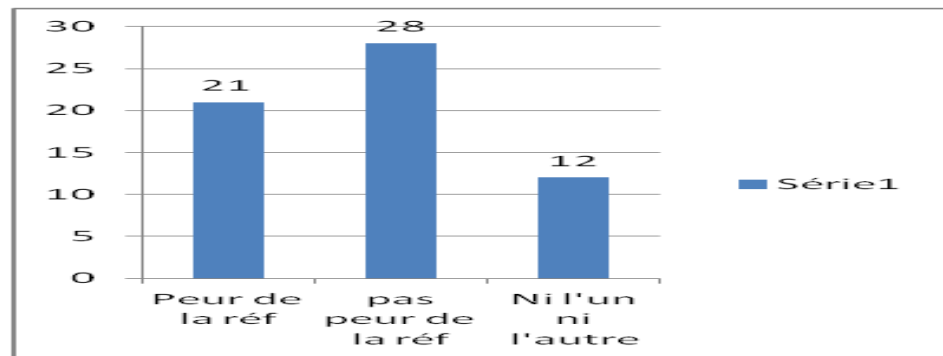
entré et regardant le lit, il s'écria : « ça a changé, ce n'est pas ce que je croyais ». Ce patient avait une idée bien négative des lits de l'hôpital. Ainsi les expériences et ou relatées participent du refus de la référence vers l'hôpital.

Les représentations ont donc une importance dans la compréhension de la nature des dispositifs de soins et de leur finalité. « Toutes les interactions humaines, qu'elles se vérifient entre deux individus ou deux groupes, présupposent de telles représentations. C'est ce qui les rend spécifiques. Toujours et partout, lorsqu'on se rencontre, qu'on entre en contact avec des personnes, des choses, on véhicule certaines attentes, un certain contenu mental correspondant à des jugements et à une connaissance des groupes, des personnes et des choses en présence. Si l'on néglige cette réalité, on n'étudie que des échanges, des actions et des réactions élémentaires et pauvres » (Doise, 1996). La communication entre le prestataire de soins, le malade et les accompagnants influence l'attitude et le comportement des acteurs face à la référence. Si au regard des compétences et du plateau de soins, le prestataire décide de la référence, il y a encore lieu d'expliquer et convaincre les usagers de la nécessité de cette référence du patient. Une telle communication qui relève du savoir et du savoir-faire exige des qualités, précise un Major de centre. Il déplore l'annonce des décisions de référence aux usagers dans le hall ou dans la salle d'hospitalisation, en tout cas à la va-vite et sans précaution ou sans un entretien avec l'accompagnant du malade ou le malade si possible pour le motiver à la décision de référence.

### **C. La peur comme motif de refus à la référence**

Les résistances vis-à-vis de la référence constituent une réalité au niveau des usagers. La figure suivante présente les effectifs des enquêtés ayant déclaré avoir peur ou non à l'annonce de la référence sanitaire.

**Figure 5 : Histogramme de peur face à la référence**

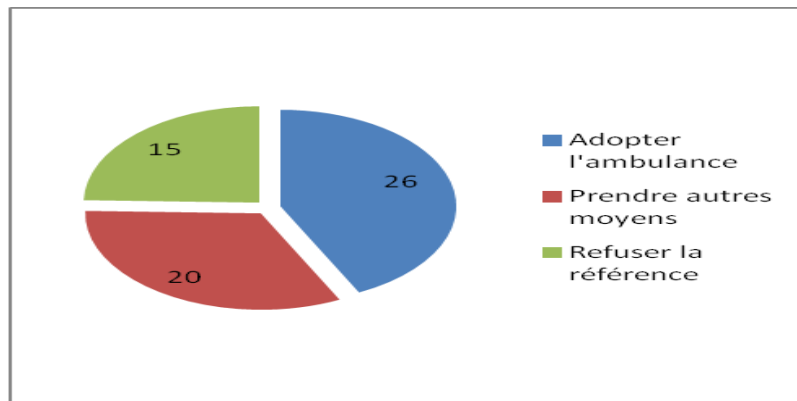


Source : Données de terrain, 2014

La peur a conduit certains usagers au refus et au changement d'itinéraire thérapeutique ou de centre de recours. Cette recherche montre que beaucoup d'usagers entretiennent la crainte face à la référence sanitaire. Elle est justifiée par les perceptions que les patients se font de la maladie, des acteurs et des dispositifs en place. Ainsi selon que la maladie soit interprétée comme naturelle ou provoquée, contagieux ou individuelle les comportements diffèrent. Aucune maladie ne vient ex nihilo. Elle a toujours une cause qu'il faut rechercher. Kpatchavi (2011) l'a montré à travers l'abcès du sous-préfet et les réponses individuelles et sociales et les multiples recours qui s'appliquent à la maladie. « L'automédication, les soins domestiques et biomédicaux, les prières, les cérémonies, les rituels de purification et de rétablissement des relations sociales, dont les acteurs aussi bien thérapeutes que non, avaient été simultanément utilisés pour venir à bout de cette maladie ». Ainsi, plus la maladie se complique, les recours se multiplient. La référence est alors l'expression que la maladie dépasse le simple traitement par la médecine occidentale. Cela élève le degré de la peur face à la maladie et accroît les doutes de guérison. « La maladie t'expose au carrefour des chemins de traitement : si tu empruntes un et cela ne marche pas, retourne et prends un autre. L'important c'est la guérison » (Ganlènou, 42 ans). Mais pour un autre usager il faut faire un peu de tout pour ne pas être surpris : "*machu vi dɛka, dotoxwe viɔɛka, avɔsaviɔɛka, xɔseviɔɛka woo yinanɔn agbejjin*" (un peu de tisanes, un peu de médecine occidentale, un

peu de rituel de purification, un peu de christianisme, c'est le tout qui donne une longue vie). Cela confirme la pluralité de soins entretenue par la peur face à la référence.

**Figure 7 :** Graphique d'adoption de la référence et de l'ambulance par les usagers



Source : Données de terrain, 2014

42,6% des enquêtes s'offrent à l'ambulance en cas de référence sanitaire alors que 32,8% préfèrent d'autres moyens de transport. Par contre, 24,6% de nos enquêtés sont réfractaires à la référence. Ils préfèrent changer d'itinéraires thérapeutiques ou de lieu de traitement. Parfois, même en cas d'acceptation de la référence, certains usagers préfèrent leur vélo ou moto ou recourir à un véhicule privé au lieu de l'ambulance sanitaire. Cela expose les difficultés d'appropriation et de convenance du dispositif de référence sanitaire. Leur choix ne coïncide pas toujours avec celui des bénéficiaires. La méfiance des usagers se matérialise par le renoncement à la poursuite des soins, par l'emprunt de moyens de locomotion autres que l'ambulance affectée.

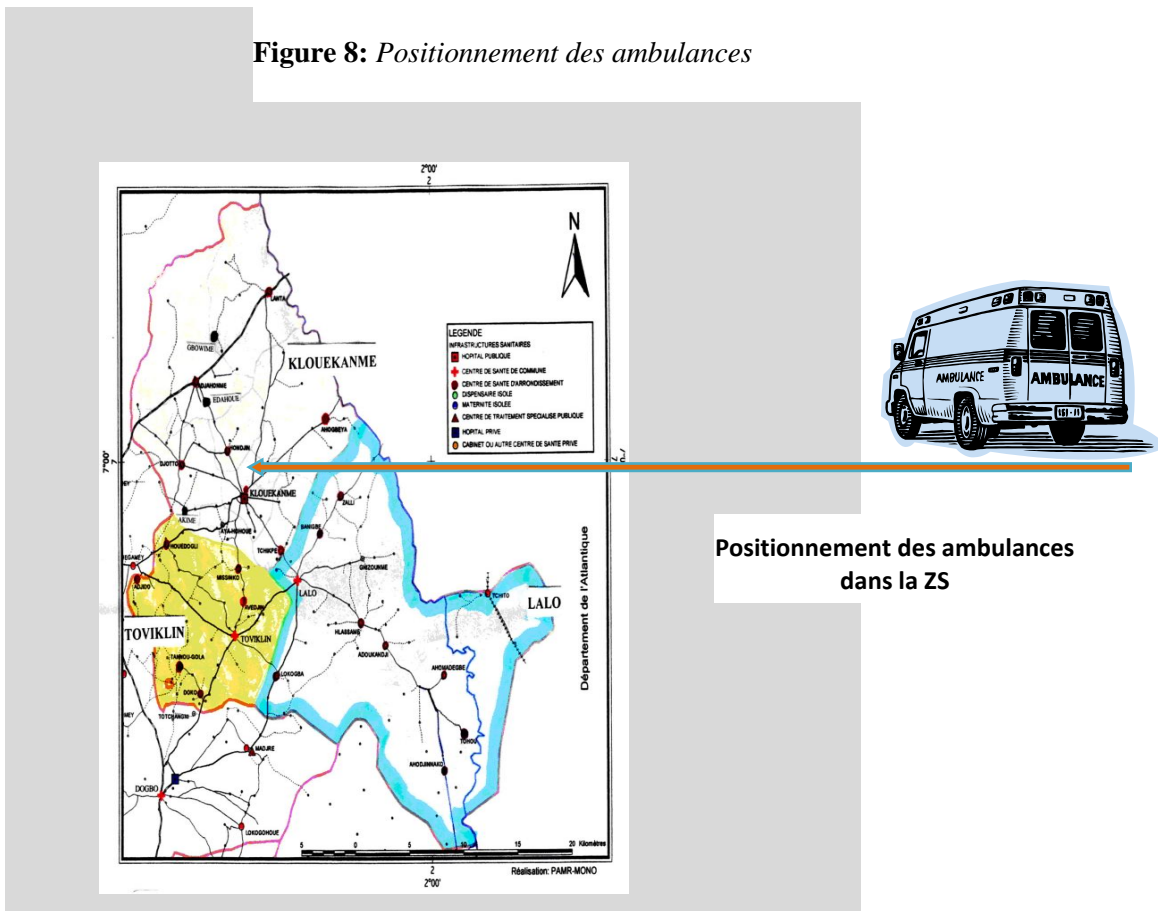
#### **D. Utilisations et représentations autour de l'ambulance sanitaire**

Les interprétations de l'ambulance de référence en tant que dispositif de transport varient selon que l'on les acteurs de soins. Pendant que les uns lui attachent une importance dans le système, tout en se plaignent de son indisponibilité à temps, d'autres affichent son caractère fatal lui attribuant même le nom de mouir.

### Positionnement des ambulances

La référence sanitaire fait intervenir le moyen de transport lié inévitablement aux voies d'accès. Mais, précise le Coordonnateur de ZS, « un jour, alors que l'HZ était incapable de recevoir un patient, un major a simulé une évacuation directement vers le CNHU. C'est ainsi que souvent l'ambulance va à Cotonou non pas nécessairement pour le bien du malade mais pour les courses privées d'un agent ou d'un autre ». Cette situation a conduit à des abus dans la gestion des ambulances: la multiplication des références inadéquates, la non maîtrise des mouvements de l'ambulance, l'augmentation des charges d'entretien des ambulances, le détournement des ambulances pour des business privés. La réorganisation en 2013 a abouti à la centralisation les ambulances au niveau du bureau de zone. Elle vise une meilleure gouvernance des ambulances à travers le contrôle des mouvements et la gestion des ambulanciers.

Figure 8: Positionnement des ambulances



Source : Adaptation à partir des données de ZS KTL, 2014

Comme l'indique la figure, les deux ambulances sont positionnées au bureau de la ZS. Pour l'administration sanitaire cette pratique est une réponse à la gestion des ressources. Pour les autres, cette mesure aggrave les problèmes de rapprochement du service des usagers. Le cas de l'accès aux formations sanitaires de *Tchi* situées entre 15 et 27 km de l'hôpital est illustratif. Seulement les membres des organes de cogestion pensent que leur action ne peut rien changer face à un système disposant des spécialistes dans leurs domaines.

### *Usages de l'ambulance*

Elle se caractérise par la simultanéité des appels, les pannes fréquentes et la fourniture de la carburation. En effet la ZS dispose de deux conducteurs de l'ambulance dont un pour la garde la nuit. Il ne reste qu'un seul pour desservir toutes les FS de la ZS en cas de besoin.

Les intrants pour le fonctionnement de l'ambulance à savoir la carburation et la maintenance participent également du fonctionnement de la référence. Mais dans la ZS KTL, il n'existe aucune station de carburant fonctionnelle, ce qui rend l'approvisionnement difficile pour les ambulances. Cette difficulté se complique avec les ruptures fréquentes de carburant au dans le pays. Depuis que l'une des deux ambulances est non fonctionnelle, une seule ambulance assure les services d'évacuation dans la ZS. Par ailleurs, il n'existe pas un contrat de maintenance des ambulances. Selon les prestataires, les pannes fréquentes du fait de négligence ou du manque de suivi ou de diligence des acteurs justifient l'indisponibilité de l'ambulance. Un agent raconte qu'«un exemple patent est le cas récent du patin de freinage de l'ambulance qui est abimé sans demande de réparation jusqu'à l'usure du support. Durant tout ce temps, le conducteur n'a jamais signalé ou annoncé une quelconque réparation. La panne a dû atteindre sa phase terminale et à l'appel pour la référence il l'évoque comme raison d'incapacité de service. Ainsi l'ambulance a été immobilisée pendant trois semaines à la mécanique».

Une autre cause évoquée par les agents est la mauvaise volonté de certains conducteurs : « le 31 décembre, à la suite d'une détresse respiratoire d'un bébé jumeau qui vient de naître, on a sollicité l'ambulance pour la référence. Le conducteur en fête n'a pu obtempérer malgré les injonctions de la hiérarchie. Ayant eu vent des mesures enclenchées en vue de sanction administrative, il menaça d'en faire plus et il le fit. Car lors d'une évacuation sanitaire vers Goho dans les jours suivants, il fit cogner l'ambulance à un titan. Les usagers ont dû recourir à un moyen de fortune pour se rendre à l'hôpital. Quelques jours plus tard, à la demande du conducteur, les parents du patient évacué, ont réclamé à la ZS les frais engagés pour le transport, l'évacuation n'ayant pas abouti ». Un tel comportement irresponsable des conducteurs mérite des réflexions sur leur métier et la gestion de la référence. Ces vécus compromettent le bon déroulement des références dans le temps requis pour les soins des usagers. D'ailleurs des prestataires accusent les conducteurs de mal conduire, de perdre du temps et de se rendre tard sur les lieux de retrait des malades. Cependant comme pour se défendre un conducteur explique que « la durée du trajet ne se résume pas seulement au kilométrage de la voie. Elle doit se calculer aussi par rapport à la période saisonnière, l'état de dégradation de la voie, la disponibilité du carburant, l'état de l'ambulance, l'humeur du conducteur, etc. ». La disponibilité de l'ambulance implique donc plusieurs autres éléments à prendre en compte.

### *Le conducteur de l'ambulance*

Le conducteur de l'ambulance, un acteur clé du système dans la chaîne de la référence, est chargé d'assurer le transport sécurisé des malades vers l'hôpital. Il assure ainsi la liaison pour la prise en charge des malades appelés à la poursuite des soins au niveau supérieur de la pyramide sanitaire, dans un contexte d'urgence. Pour les conducteurs ambulanciers, leur fonction est une punition réservée aux conducteurs de véhicule administratif qui n'ont personne

pour les protéger dans l'administration sanitaire. Comparativement aux autres, ils estiment qu'ils sont lésés : pas de formation d'ambulancier, pas de mission générant des frais de per diem, pas d'emploi de temps car sollicités à tout moment selon le besoin, livrés au risque car ils doivent conduire les cas d'urgence. L'un des chauffeurs a même été surnommé Cas Urgent, Cas Grave avant d'être affecté à la Direction. Dans ces conditions, ces chauffeurs portent une stigmatisation et leur fonction suscite peu d'intérêt pour leurs pairs : « C'est une tâche à risque, on ne va pas en formation et on n'a pas d'autres revenus que le salaire ». Pour un autre conducteur, « la fonction d'ambulancier est une fonction de garage. Même si tu n'a rien fait, il suffit que ta tête ne plaise pas au chef et il te fait ambulancier ». Cette perception est discriminatoire de la fonction et ne peut qu'induire de dédain pour ceux qui l'exercent. L'absence de rencontres d'échange, de formation pour renforcer les capacités ne suscitent pas un esprit d'adhésion et de travail d'équipe et ne permet pas de valoriser la fonction et de développer une culture d'appartenance au système. Les conducteurs d'ambulance se plaignent des rapports avec les agents de santé qui les accusent du retard dans la recherche du patient, alors que les agents hospitaliers sont reprochés de manque d'organisation et de volonté pour le retrait des patients transportés dans l'ambulance. Il arrive souvent que c'est les chauffeurs qui tirent le charriot avec le patient jusque dans la salle de soins. Les usagers, quant à eux, prennent de temps après l'arrivée de l'ambulance, ou s'opposent en dernier ressort à l'ambulance pourtant gratuite. Ils critiquent les administratifs pour la lenteur administrative dans le traitement des demandes pour l'entretien des pannes et la révision de l'ambulance. Il y a un réel problème de collaboration des acteurs qui nourrit les conflits de responsabilité défavorable au patient victime du comportement des autres acteurs.

### *Avertisseur sonore, alarme de détresse ou transport funèbre*

La sirène de l'ambulance utilisée comme signe d'alerte pour dégager la voie est sujet à interprétations sociales. Pour certains enquêtés, l'ambulance est un mouroir et symbolise la mort et son alarme de détresse est semblable à celle du transport de corps funèbre: «quand tu entres dans l'ambulance, rien n'est plus sûr pour toi. C'est un mouroir et le signal annonce que tes minutes de vie sont comptées.» (Tchéhou, 60 ans). Pour un autre, les signalisations constituent des informations à tout le monde et une publicité de la maladie et de l'itinéraire empruntée : « Pour moi, l'ambulance est un danger de mort, elle attire la mort. On sait qu'un traitement se fait en cachette. Pourquoi alarmer tout le monde le long du passage qu'on transporte un malade. C'est pour attirer les mauvais esprits. Comme la maladie, la référence est l'expression de faiblesse. Quand on apprend que tu es référé, tes adversaires sont fiers de t'avoir vaincu et ils activent leur gris-gris pour te finir » (Tchéhou, 60 ans). Ainsi, la sirène de l'ambulance est culturellement comparée à celle utilisée par des véhicules mortuaires lors des déplacements du corps de la morgue vers le cimetière. Elle évoque le malheur et symbolise le passage du mal en pire, de la maladie à la mort. « Nous étions à la maison quand on nous a informé que la maladie de K s'est empirée à et on a appelé l'ambulance. Tout le village s'était accouru vers la voie quand l'ambulance a passé pour sa recherche. On était là jusqu'à son retour transportant K avec sirène, phare et alarme. Deux heures après, à peine arrivé à Klouékanmé, il est mort. On aurait dû refuser de l'envoyer » (Basile, 38 ans). Alors voulant comprendre si c'est la sirène ou l'alarme qui a tué K. l'enquêté répondit : « mais oui, ces choses attirent le danger, elles alertent le monde, les adversaires, les méchants et les sorciers. Chacun profitent pour trouver sa pitance » (Basile, 38 ans).

Cette perception est contraire à celle des Conducteurs de Véhicule Administratif (CVA). Pour ceux-ci la sirène et les feux de détresse indiquent le caractère prioritaire de l'ambulance face aux usagers de la route. Cela est

nécessaire au regard de l'urgence dans laquelle on se trouve. Mais à ce propos, un accompagnant du malade répond que « nous n'avons pas de route et les pistes sont en mauvais état. Il n'y a pas d'embouteillage ici sur la route. Pourquoi donc activer le dispositif d'annonciation du danger qui attire les mauvais esprits et informent sur la nouvelle destination du malade. On va aux soins et on se soigne en cachette pour vite recouvrer la santé». En somme, l'ambulance destinée à sauver le malade par son transport rapide et sécurisée est socialement perçue comme un dispositif qui remet en cause la protection et la confidentialité du malade dans la recherche de sa guérison. Le dégagement de la voie n'est plus suffisant pour expliquer l'activation de la sirène.

#### **E. La voie d'accès comme facteur de la référence**

En ce qui est de la couverture routière, les voies d'accès des CS vers l'HZ sont constituées de pistes de desserte rurale dont l'accessibilité varie en fonction des saisons. Cela affecte le transport des malades des CS vers l'hôpital. Particulièrement dans les centres de santé des régions de Tchi (les arrondissements de Tohou, Tchito, Ahomadégbé et Ahodjinnako et Adoukandji), où l'ambulance est d'accès quasiment impossible, toute l'année durant. « La voie n'est pas bonne pour que l'ambulance arrive en temps de pluie. C'est à pied qu'il faut aller à Adoukandji pour espérer un véhicule. Comme le maire lui aussi ne veut pas réparer la voie, on est là entrain de souffrir » ((Tolochi, 35 ans)). Cela dénote de l'éloignement du mécanisme de référence dans les communautés et les centres de santé Tchi. Ce qui interpelle les gouvernants locaux appelés à plaider et assurer l'aménagement des voies d'accès aux populations. Mais l'éloignement actuel de la population n'est pas uniquement une question de distance physique ou géographique, mais aussi psychologique et financière.

## **F. L'argent comme déterminant de la référence**

La référence sanitaire implique une dépense aux soins. « Pour moi, les agents de santé font leur commerce. S'ils envoient un malade là-bas (hôpital), on dépense beaucoup, et eux ils vendent leurs médicaments. Cela leur rapporte beaucoup d'argent. C'est eux-mêmes qui achètent les médicaments pour nous les revendent et font des bénéfices. C'est du commerce qui leur rapporte beaucoup» (Ajou, 60 ans). Cette perception n'est pas loin de celle d'une sage-femme qui se confit à nous en ces termes: «Elle est venue ici en saignant et quand j'ai poussé plus l'interrogatoire, elle a dit qu'elle avait déjà dépensé 50.000 FCFA pour les soins dans un centre privé. Ici à peine elle a payé 15.000 FCFA et son état s'améliore déjà». On constate que les dépenses effectuées à la périphérie poussent les malades à refuser la poursuite des soins à un niveau supérieur. Les moyens financiers limités sont une entrave à l'acceptation de la référence sanitaire. Ils suscitent une crainte entretenue par le rançonnement des malades, la vente illicite de médicaments. « C'est à l'hôpital qu'on nous a volé le plus. J'ai dépensé plus de 120000FCFA quand ma femme a été opérée » (Elise, 32 ans).

Mais selon un infirmier de l'hôpital, « on constate parfois des références abusives. Certains agents de santé ne prennent pas le temps de bien examiner les patients. Mais il vaut mieux référer pour une meilleure prise en charge au lieu de tâtonner. Il y a ceux qui font le travail à moitié, on bâcle tout et on renvoie ensuite. Quand on n'en peut plus, on nous l'envoie. Et la réparation des dégâts coûtent parfois autant que le traitement de la maladie diagnostiquée». Mais pouvait-il en être autrement, n'est-ce pas lorsque l'agent de la périphérie se sent dépasser qu'il réfère le malade ? La question financière est donc un réel problème perçu dans le sens du marché qu'entretient le fournisseur de soins et qui ruine le client. En plus donc de la cherté des soins qu'évoquent les enquêtés,

le mécanisme marchant en place ne donne aucun droit au client pour la négociation et aucune alternative pour la gestion de sa santé.

« Les gens ne veulent plus travailler. On ne les trouve pas au centre. On ne les punit pas. Si ce n'est pas la grève, ils vont jouer au domino. Après ils disent que la maladie est trop forte il faut aller à Klouékanmé. C'est eux qui compliquent les maladies des gens par leur absence et nous créent des dépenses inutiles » (Hubert, 45 ans). On en déduit que le retard et l'absence des agents au poste retardent la prise en charge et sont causes de la référence. 56% des prestataires de soins enquêtés estiment qu'il y a des références tardives des CS. Ce qui occasionne parfois des dépenses élevées pour les usagers. « Le niveau inférieur garde parfois longtemps des patients. Au lieu de référer, le personnel continue d'administrer des soins, fait acheter des ordonnances. Lorsque la référence est décidée, le patient n'a presque plus les moyens pour assurer la continuité des soins », indique un cadre de la zone sanitaire. Ce retard est connu des usagers de soins : « Je suis allée le vendredi matin au CS, et c'est le dimanche soir que je suis arrivée à l'hôpital. On m'a laissée au CS durant tout ce temps. J'ai reçu une seule perfusion et on les voit seulement une fois par jour » (Hubert, 45 ans). Ces propos posent quelques problèmes liés aux pratiques des acteurs à savoir : le manque de diligence, l'aggravation des dépenses des soins, le temps d'un processus de référence, la faible communication entre les parties prenantes pour une compréhension mutuelle du changement du niveau de traitement. Ces pratiques affectent l'accès aux soins dans un contexte de référence sanitaire.

En somme, plusieurs éléments contribuent au refus de la référence. Ils sont d'ordre médical, social, économique et culturel. Ils induisent des usages, pratiques et représentations qui alimentent les comportements, les stratégies et les jeux de relation entre les acteurs en milieu sanitaire.

## CONCLUSION

Le système de référence et contre-référence a hérité d'un plateau technique peu adapté, un personnel qualifié limité, le mauvais accueil, etc. L'appui des partenaires techniques et financiers à l'instar de la coopération belge et le projet ACP a apporté des changements au niveau des pratiques des acteurs dans la zone sanitaire KTL.

Le présent travail montre que les pratiques de référencement sanitaire font intervenir les fournisseurs et de demandeurs de soins. Les perceptions dont la référence fait objet suscitent une variété d'interprétations au niveau de chaque acteur. En dépit de ces appréciations, il ressort que les pratiques et comportements des divers acteurs affectent le fonctionnement normal du système. Leur inadéquation par rapport aux normes et principes établis, au contexte local révèlent les faiblesses des stratégies et dispositifs de soins. En conséquence, la négligence des considérations sociales et culturelles en milieu sanitaire sont défavorables à la gestion du système. Or la culture, mieux les traditions restent les cadres d'interprétation du sens de la maladie, le choix thérapeutique et par conséquent les lieux de décision de la quête de sa guérison. Ainsi se créent et se développent les jeux conflictuels ou de collaboration en fonction des intérêts et alliances qui se créent dans la mise en œuvre de la référence. Les logiques, perceptions et représentations autour des composants influencent l'acceptation et l'adoption de la référence en tant que service offert. Comme le fait remarquer Rémond (1992) : « L'homme, aujourd'hui, entend être associé, informé, consulté. De même qu'on ne peut plus enseigner comme autrefois, ni juger, ni commander, ni diriger... Il en va de même lorsqu'il s'agit de soigner. Et ce que l'on demande surtout, c'est le droit d'associer les recours thérapeutiques sans encourir de rejet ». Une implication des différents acteurs et une adaptation de ses dispositifs de référence aux réalités sociales et culturelles seraient le gage de son accessibilité par les populations.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- **Aissan et Al.** 2014, Première expérience de Groupe Thématique de Travail en Zone Sanitaire au Bénin : cas de l'Equipe Innovante de la zone sanitaire KTL
- **Amouzouvi D.** 2008, Le rapport du C2 de mémoire présenté à mon étudiant, Cotonou : PIE
- **Amouzouvi, D.** Le marché de la religion au Bénin, Berlin, 2005, Ed. Koestler
- **Auge M.**, 1984, « Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'événement », in Augé M., Herzlich C., Le sens du mal - Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Editions des archives contemporaines, Paris.
- **Beaud, M.** 2001, L'art de la thèse, Paris, La découverte
- **Benoist J.**, 2003, « Éviter la routine », Amades, n° 55, septembre.
- **Benoist, L.** 1975, Signes, symboles et mythes, que sais-je ? Paris, PUF
- **Bohounon, F.**, 2009, Problématique de la pérennisation des acquis des projets de développement: cas du système de référence et contre-référence du projet d'appui à la zone sanitaire de Klouékanmè-Toviklin-Lalo (PAZS-KTL)
- **Bossyns P.**, 1994, Etude sur le système de référence au Niger.
- **Boudon R. et Bourricaud F.**, 2011, Dictionnaire Critique de la Sociologie, Paris : Quadrige, 4ème édition
- **DDS Mono-Couffo**, Annuaire des statistiques sanitaires de l'année 2013, tiré de SEPS/DDS-MC- Estimations faites à partir des données du RGPH3
- **Durkheim E.**, 1985, le Suicide, Paris, PUF
- **Durkheim, E.** 2004, Les règles de la méthode sociologique, Paris : PUF, 10ème édition.
- **GIZ**, Le système de santé de district, Expériences et perspectives en Afrique, Wiesbaden, 2ème édition 2004
- **Grawitz, M.** 2004, Lexique des Sciences sociales, Paris : Dalloz, 8e édition,
- **Guidere, M.** 2004, Méthodologie de la Recherche, Guide du jeune chercheur en Lettres, Langues, Sciences humaines et sociales, Maîtrise, DEA, MASTER, Doctorat, Ellipses: Edition Marketing,
- **Gurvitch G.**, 1950, La vocation actuelle de la sociologie, Paris : PUF
- **Heritier F.**, 1996, Masculin/Féminin, La pensée de la différence, Odile Jacob, Paris.
- **JC Abric**, Chapitre 8 : l'étude expérimentale des représentations sociales, in JODELET (D.), 2003, « Les représentations sociales ». Paris, PUF, 7ème édition
- **Jones, A.R.** 2000, Méthodes de recherche en sciences humaines, Bruxelles, De Boeck
- **Kpatchavi A. C.**, 2011, Savoirs, maladie et thérapie en Afrique de l'Ouest. Ed. Ablodè
- **Maiga M. A., Gbangbade S., Sossa Ch.**, 2007, Rapport d'étude sur la référence et contre-référence dans la zone sanitaire KTL
- **Majnoni d'intignano B.**, 1989, Santé, mon cher souci, Réédition : Lattès,
- **Meunier-Lucot M.**, 2010, Des représentations à la pratique réflexive : pour une co-construction de la professionnalisation, Mémoire pour l'obtention du diplôme Cadre de Santé
- **Ministère de la santé**, 2008, Rapport des états généraux de la santé au Bénin
- **Ministère de la santé**, 1008, Plan National de Développement Sanitaire Bénin
- **Ministère de la Santé**, 2014, Système de référence et contre-référence au Bénin, draft 1, septembre 2014

- **PARZDS**, Dossier Technique et Financier. Version 2010
- 2008-2018
- **Rosny**, L'efficacité de la médecine des hôpitaux in L'Afrique des Guérisons
- **SODEGLA, A.**, année, 2014, *Les chrétiens de Banamè : Description d'une communauté religieuse indépendante africaine*, Mémoire de DEA
- **ZS KTL et PARZS**, 2014, Document de capitalisation Equipe innovante

#### **Références webographiques**

- **BOURDIEU, P.**, 1980, *Le sens pratique*, les éditions de minuit, Paris. In + le lien [http](http://www.persee.fr/doc/min_1980__1_1_0), consulté le date, et l'heure
- **Boileau, C., et Eboko, F.**, année, Enjeux sociaux et structures de soins : raison et déraison sociales des institutions sanitaires », in URL : <http://faceaface.revues.org/535> mis en ligne le 01 juin 2000, consulté le 14 septembre 2014 à 10h30.
- **Gilles HERREROS**, « L'hôpital à l'épreuve des réformes », *Socio-anthropologie*, in URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/1003>, mis en ligne le 26 novembre 2008, Consulté le 11 juin 2014 à 20h.
- **OMS**, Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé in <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.135228>, 2000 Consulté le 11 juin 2014 à 20h

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Guide d'entretien

### A. Guide à l'intention des autorités sanitaires : Médecin Coordonnateur et du Directeur de l'hôpital

1. Qu'est ce qu'un SRCR ?
    - a. Référence sanitaire ?
    - b. Contre-référence sanitaire ?
    - c. Système de RCR ?
  2. Historique de la RCR
  3. Réorganisation de la RCR à KTL
    - a. Etapes suivi dans l'organisation de la référence
    - b. Impressions sur le respect des principes et normes d'organisation de la référence
    - c. Contenu de la réorganisation du SRCR?
  4. Acteurs
    - a. Acteurs de l'offre impliqués dans la RCR ?
    - b. Acteurs de la demande impliqués dans la RCR
    - c. Rôle de chaque acteur ?
    - d. Impressions sur le rôle de chaque acteur
  5. Les problèmes
    - a. Liés aux ressources
      - i. Le personnel de santé
      - ii. Les équipements de travail
      - iii. Les outils de gestion
    - b. Liés aux acteurs, au personnel de formation sanitaire
    - c. Liés au respect des règles et principes de référence
    - d. Liés à l'accès aux dispositifs de la référence
  6. Les solutions envisagées
- 

### B. Guide à l'intention des chefs poste et responsables de maternité KTL

- 1- Qu'est ce qu'un SRCR ?
    - a. Référence sanitaire ?
    - b. Contre-référence sanitaire ?
    - c. Système de RCR ?
  - 2- Réorganisation de la RCR à KTL
    - a. Etapes à suivre dans l'organisation de la référence
    - b. Impressions sur le respect des principes et normes d'organisation de la référence
    - c. Changement avec la réorganisation du SRCR?
  - 3- Acteurs
    - a. Acteurs impliqués dans la RCR ?
    - b. Rôle de chaque acteur ?
    - c. Impressions sur le rôle de chaque acteur
  - 4- Comportements des usagers face à la RCR
  - 5- Relations entre professionnels face à la RCR
  - 6- Problèmes
    - a. Par rapport au système
    - b. Par rapport aux usagers (malades et accompagnants)
    - c. Par rapport aux prestataires de soins
  - 7- Suggestions
    - a. Par rapport au système
    - b. Par rapport aux usagers (malades et accompagnants)
-

### **C- Guide à l'intention des ambulanciers**

1. Rôle et place dans la RCR
2. Importance de la RCR dans le traitement
3. Relations
  - a. Avec le corps médical
  - b. Avec les patients
4. Contraintes
  - a. Sollicitations
  - b. Ambulance
  - c. Conduites /transport
  - d. Traitements et avantages
5. Suggestions

---

### **D- Guide à l'intention des usagers**

1. Description du cas vécu
  - a. Circonstance
  - b. Itinéraire suivi
  - c. Annonce de l'évacuation sanitaire
  - d. Besoin financier
  - e. Conseils/concertation au niveau des parents et amis
  - f. Mode de transport : Ambulance/moto/vélo/ou à pied
  - g. Accompagnant médical
2. Prise en charge à l'hôpital
  - a. Accueil
  - b. Premier soins
3. Satisfaction
  - a. Circuit d'achat de médicament
  - b. Disponibilité de produit sanguin
  - c. Disponibilité des agents
  - d. Disponibilité des analyses
  - e. Comportement des agents
  - f. Qualité des soins
  - g. Bonne relation avec les agents
4. Retour vers le CS
  - a. Prêt à conseiller à aller dans le CS en cas de maladie  
Prêt à conseiller à prendre l'ambulance en cas de d'évacuation

---

### **E- Guide à l'intention des membres des organes de cogestion**

1. Connaissance du dispositif/ fonctionnement de la RCR
2. Rôle et participation à la gestion du système de RCR
3. Explication du refus des patients

---

### **F- Guide à l'intention des autorités locales et communales**

1. Connaissance du dispositif/ fonctionnement de la RCR
2. Rôle et participation à la gestion du système de RCR
3. Explication du refus des patients

**ANNEXE 2 : Situation des formations sanitaires publiques de la ZS KTL**

N°	Arrondissement	Centre de santé publique	Catégorie	Observations
<b>Commune de Klouékanmè</b>				
1	Adjahonmè	CS Adjahonmè	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
2	Ahogbèya	CS Ahogbeya	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
3	Djotto	CS Djotto	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
		Akimey	1 Maternité	AS (2)
4	Ayahohoué	CS Ayahohoué	Dispensaire+ Maternité	Pas d'agents
5	Hondji	CS Hondjin	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
6	Klouékanmè	CS Klouékanmè	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (6)
		CS Soglonouhoué	1 Maternité	AS (1)
7	Lanta	CS Lanta	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
		CS Gbowimè	1 Maternité	AS (2)
8	Tchikpè	CS Tchikpé	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
<b>Commune de Lalo</b>				
1	Adoukandji	CS Adoukandji	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
2	Ahomadegbé	CS Tchi-Ahomadegbé	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
3	Ahomadjinnako	CS Tchi-Ahodjinnako	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
4	Banigbé	CS Banigbe	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
5	Gnizounmè	CS Gnizounme	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
6	Hlassamè	CS Hlassamè	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
		CS Sohounouhoué	1 Maternité	AS(2)
7	Lalo	CS Lalo	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (3)
8	Lokogba	CS Lokogba	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
		CS Kuivonhoué	Dispensaire+ Maternité	AS (1)
9	Tchito	CS Tchito	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
10	Tohou	CS Tohou	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
11	Zalli	CS Zalli	Dispensaire+ Maternité	IDE (1)
<b>Commune de Toviklin</b>				
1	Adjido	CS Adjido	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
2	Avedjin	CS Banonsi-Avedjin	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
3	Doko	CS Doko	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
4	Houédogli	CS Houédogli	Dispensaire+ Maternité	SFE (1)
5	Missinko	CS Missinko	Dispensaire+ Maternité	AS (3)
6	Tannou-Gola	CS Tannou-Gola	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (2)
7	Toviklin	CS Toviklin	Dispensaire+ Maternité	IDE et SFE (5)

**Source** : Données collectées du terrain, 2014

# TABLE DES MATIERES

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>1</b>
<b>DEDICACE .....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES .....</b>	<b>4</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX, FIGURES ET ENCADRES.....</b>	<b>6</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>8</b>
<b>PREMIERE PARTIE : LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE SANITAIRE COMME CHAMP D'ETUDE DE LA SOCIO-ANTHROPOLOGIE DE SANTE.....</b>	<b>11</b>
<b>Chapitre I: CONSIDERATIONS THEORIQUES.....</b>	<b>11</b>
<b>I- PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE .....</b>	<b>11</b>
A. Constats .....	11
B. Problème central.....	13
C. Revue de littérature .....	14
D. Hypothèses de recherche .....	16
E. Objectifs de recherche .....	16
<b>II- CLARIFICATION CONCEPTUELLE .....</b>	<b>17</b>
<b>III-JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET ET DU CADRE DE L'ETUDE .....</b>	<b>21</b>
A. Du choix du sujet.....	21
B. Du cadre de la recherche .....	23
C. Axes de discussion et modèle théorique d'analyse .....	25
<b>Chapitre II : CONSIDERATIONS METHODOLOGIQUES .....</b>	<b>28</b>
<b>I. METHODE DE TRAVAIL, TECHNIQUES ET ETENDUE DES ENQUETES .....</b>	<b>28</b>
A. Recherche documentaire .....	28
B. Techniques et outils de collecte de données.....	29
C. Population, et échantillon .....	29
D. Collecte et dépouillement de données .....	31
<b>II. DIFFICULTES ET LIMITES.....</b>	<b>31</b>

<b>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE L'ORGANISATION ET DES PRATIQUES AUTOUR DE LA REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE .....</b>	<b>33</b>
<b>CHAPITRE III : ORGANISATION DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE DANS LA ZS KTL.....</b>	<b>33</b>
<b>I. HISTORIQUE ET ORGANISATION DE LA ZS KTL .....</b>	<b>33</b>
<b>II. SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE : CONNAISSANCE ET PERCEPTIONS.....</b>	<b>35</b>
A. Aperçu historique .....	35
B. Sens de la référence et contre-référence .....	36
<b>III. STRUCTURES ET ACTEURS DU SYSTEME DE REFERENCE ET CONTRE-REFERENCE.....</b>	<b>39</b>
A. Structures de soins impliquées dans la référence et contre-référence .....	40
B. Groupes d'acteurs en présence .....	41
C. Autres acteurs en appui au système de référence et contre-référence .....	42
<b>CHAPITRE IV : MOTIVATIONS ET INTERACTIONS ENTRE LES ACTEURS .....</b>	<b>45</b>
<b>I. PRATIQUES ET MOTIVATIONS DES ACTEURS .....</b>	<b>45</b>
A- Documentation des cas de référence .....	45
B- Accueil et communication en milieu sanitaire.....	46
C- Motifs de référence.....	48
D- Indisponibilité des compétences dans les formations sanitaires.....	50
E- Pratiques de détournement du malade .....	52
F- Gratuité des soins ou boulevard pour la référence sanitaire .....	52
<b>II. FACTEURS DETERMINANTS DE LA REFERENCE SANITAIRE .....</b>	<b>53</b>
A. Perceptions de la référence sanitaire .....	53
B. Influence de l'entourage et les expériences antérieures .....	54
G- La peur comme motif de refus à la référence .....	55
C. Utilisations et représentations autour de l'ambulance sanitaire .....	57
D. La voie d'accès comme facteur de la référence.....	63
E. L'argent comme déterminant de la référence .....	64
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>66</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>67</b>
<b>Références webographiques.....</b>	<b>68</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>69</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>72</b>