

Evaluation de l'organisation des services de l'Hôpital de Zone de Comè

CTB

*PARZS MonoCouffo
Equipe PARZS, DDS & ZS Comè*

Comité technique de rédaction

*Dr. René PARE
Dr. Jean Pierre Kashala
Mme Josephine Kanakin
Dr. Precieu Goudjo
Dr. Dodo Virgile
Dr. Jean Kuassi
Mr Balo Serge*

Mars 2012

TABLE DES MATIERES

RESUME	II
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	IX
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES	XI
INTRODUCTION	12
OBJECTIFS	14
OBJECTIF GENERAL	14
OBJECTIFS SPECIFIQUES	14
HYPOTHESE DE RECHERCHE	14
MATERIELS ET METHODE	15
CADRE GENERAL DE L'ETUDE	15
POPULATION D'ETUDE	16
TYPES D'ETUDES	16
TRAITEMENT, ANALYSE DES DONNEES ET REDACTION DU RAPPORT	16
PLAN DE GESTION DE L'ETUDE ET D'UTILISATION DES RESULTATS .ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.	
A ENQUETE QUALITATIVE	20
1. Caractéristiques générales des personnes interviewées	20
2. Analyse de l'organisation des services de l'hôpital	20
B. ENQUETE QUANTITATIVE	27
1. Caractéristiques générales de l'échantillon	27
2. Caractéristiques socio culturelles des référés	27
3. Répartition par mois des références dans la zone sanitaire de Comé	28
4. Conditions d'évacuation	29
5. Evaluation des trois retards	30
6. Gestion du cas	31
LIMITES DE L'ETUDE	33
COMMENTAIRES DES RESULTATS	34
CONCLUSION	36
RECOMMANDATIONS	37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38

Résumé

Lors de plusieurs réunions de services de la Direction Départementale de la Santé du Mono Couffo (DDS MC), il a été évoqué une baisse de la fréquence de références non justifiées autrefois nombreuses en provenance de l'HZ de Comè vers le Centre Hospitalier Départemental du Mono couffo (CHD MC) et l'HZ de Lokossa ainsi que les court-circuitages de l'HZ. Une hypothèse de recherche selon laquelle des réformes dans l'organisation des services de l'HZ de Comè sont en cours et améliorent l'utilisation des services y compris la gestion des références et contre-références.

Une équipe formée des gestionnaires du projet PARZS MC et des chefs de services de la DDS MC en collaboration avec les membres de l'EEZS de Comè ont réalisé cette évaluation de l'organisation des services de l'hôpital de Zones de Comè.

Trois objectifs étaient poursuivis :

Analyser l'organisation apportée aux différents services techniques, l'administration de l'HZ.

Évaluer les effets de l'organisation des services en particulier sur la gestion des RCR de l'HZ de Comè.

Proposer des recommandations pour améliorer la réorganisation amorcée

Nous avons effectué une étude mixte (quantitative et qualitative) associée à une revue documentaire.

L'enquête qualitative a été faite à travers des interviews individuelles avec les responsables de l'HZ et les principaux responsables d'unités techniques et administratives et quelques élus locaux. Quant à l'enquête quantitative, elle a consisté en une étude longitudinale rétrospective basée sur une revue de toutes les fiches de référence et contre-référence (RCR), les registres et cahiers de RCR dans les unités de maternité, de chirurgie, d'urgences médicales et des services de médecine/pédiatrie à l'HZ de Comè d'une part et d'autre part au CHD MC et à l'HZ de Lokossa. Tous les cas de RCR du 1^{er} janvier 2008 au 31 janvier 2012 ont été analysés.

Les données qualitatives ont été collectées au moyen d'un dictaphone puis transcrites sur Microsoft Word.

Les données quantitatives ont été saisies sur Epi info 2000, apurées puis analysées.

En ce qui concerne l'analyse de l'organisation des services de l'hôpital, l'établissement mis en service *depuis* le 1^{er} Octobre 2001 a souffert depuis les années 2006/2007 jusqu'en 2009 d'une mauvaise image auprès de la population. En effet d'après l'enquête d'opinion auprès de la population de 2010¹, les maux étaient : *le mauvais accueil des malades par les médecins et les infirmiers, les mauvaises conditions d'hébergement, le rançonnement pratiqué par les médecins et les infirmiers, l'hygiène défectueuse dans les salles et dans les toilettes, la faible disponibilité du personnel médical, les pannes des points d'eau et l'absence de moustiquaires, les ruptures fréquentes de certains produits pharmaceutiques.*

Le personnel lui, reprochait à la Direction, sa faible réactivité face à ses problèmes, une absence de communication entre elle et les services techniques. Ils se plaignaient également de l'insuffisance de motivation du personnel et de l'absence d'un système interne de valorisation, de l'insuffisance d'équipements médicaux dans certains services et des pannes fréquentes sur les appareils, bref des mauvaises conditions de travail.

L'analyse des informations disponibles a montré la non séparation des activités des services de Médecine et de Pédiatrie, l'absence de description de postes, l'absence d'organigramme et de règlement intérieur, la non fonctionnalité des organes consultatifs notamment la Commission Médicale Consultative (CMC) et le CHS, la non exploitation des données disponibles. Il est clairement apparu une sous-utilisation des services d'hospitalisation, des faiblesses dans la gestion du système de références et contre-références. Il est noté une très faible couverture en personnel médical et paramédical qualifié.

Interrogés sur la gestion des références, les réponses des acteurs étaient claires, il n'y avait pratiquement pas d'inter relations efficaces entre le premier échelon (CS, CSC), l'hôpital de Comé et le CHD et chaque niveau, avait ses insuffisances majeures.

Les CS avaient de faible capacité à détecter tôt les urgences et à les référer dans de bonnes conditions à l'hôpital.

Quant à l'hôpital de Comé, le plateau technique était loin d'être conforme car il arrivait que les malades référés par des médecins de commune soient vus par des infirmiers ce qui générerait des frustrations au niveau des médecins chefs de commune et de l'insatisfaction chez les patients.

L'HZ était incapable de délivrer le PCA. Les délais de prise en charge des urgences admises à l'hôpital étaient relativement longs avec le système d'astreinte pour les médecins et la faible organisation des équipes.

Il y avait des ruptures fréquentes de molécules essentielles (anesthésiques, produits sanguins, etc.)

¹Projet d'Etablissement Hospitalier Comé. 2010

Par ailleurs il y avait des déficits de communication entre l'Hôpital et les CS, le coût jugé élevé du transport des références. En conclusion, le système de référence et contre référence n'était pas organisé.

Des essais de réponses sont portées et parmi lesquelles le renforcement des capacités du personnel médical, la réorganisation des activités médicales, l'adaptation de l'Offre de soins aux besoins de la zone, le système de RCR.

En ce qui concerne le **renforcement des capacités du personnel médical**, en 2009, 11 agents ont été recrutés sur fonds propres et étaient composés de trois chirurgiens, d'un médecin gynéco obstétricien, de deux médecins généralistes, d'un anesthésiste, d'une sage-femme, d'une infirmière de santé, de deux aides-soignants et un anesthésiste sur fonds propre.

En 2010, c'était six agents recrutés : une infirmière de santé, un aide-soignant, un technicien supérieur de radiologie, un anesthésiste, un agent comptable et une secrétaire.

En 2011, il a recruté toute catégorie confondue, 18 agents: un médecin cardiologue, un kinésithérapeute, trois infirmières de santé, trois sages-femmes, six Aides-soignants, quatre agents d'entretien, un agent comptable.

De 2009 à 2011 on constate des efforts importants de l'hôpital dans le recrutement de ressources humaines diversifiées ce qui lui a permis de répondre aux besoins en personnel avec un quota minimum par unité permettant d'assurer la permanence des services.

L'hôpital, par le biais des bourses CTB a pu envoyer trois agents en formation de longue durée en particulier en spécialisation d'odontostomatologie, en épidémiologie et en gynéco obstétrique.

Par ailleurs le personnel a bénéficié de formations continues couvrant plusieurs thèmes notamment l'hygiène assainissement, la gestion des stocks et des pharmacies, les SONU, la GATPA, les audits de décès maternels, l'AQS, la prise en charge du paludisme, la formation des ambulanciers, le travail d'équipe.

Par ailleurs, des efforts de réorganisation de l'activité médicale ont été consentis.

Nous avons pu constater des dispositifs à des stades différents :

la consultation médicale est disponible tous les cinq jours ouvrés de la semaine et le relai pris par les services de garde les jours fériés et les week end ;

chaque unité de service est dirigée par un médecin responsable, secondé par un infirmier major ;

à partir de 2010 selon la direction, dans tous les services d'hospitalisation, il est institué deux visites médicales quotidiennes (matin et soir) des patients ;

Les médecins des urgences, de la maternité et de la chirurgie assurent depuis 2009, des gardes couchées en lieu et place du système d'astreinte qui était jusqu'alors pratiqué ;

Chaque unité tient un staff hebdomadaire et la direction un CODIR mensuel mais les assemblées générales sont rares a reconnu le DH ;

l'organisation au profit du personnel des urgences médicales, en 2010, des réunions d'échanges sur l'importance de l'accueil, la circulation des patients entre les services, la constitution et l'introduction de kits d'urgence mais qui n'ont pas pu être renouvelés après le stock de démarrage ;

en 2009, un cafeteria au sein de l'hôpital a été ouvert pour améliorer les commodités au sein de l'hôpital ;

en terme de **système de motivation**, pour assurer la continuité des pansements en week end, il est octroyé au personnel l'équivalent d'une prime de garde qui a été bien accueilli et instauré depuis 2008 ;

à partir de 2009, il a été institué le paiement des gardes supplémentaires et ceci a permis d'éviter les ruptures dans la continuité des services.

En ce qui concerne le renouvellement des équipements et du matériel, des efforts sont faits :

- les équipements de laboratoire (centrifugeuses, aspirateurs), les tables d'intervention, d'anesthésie ont été achetés sur fonds propres ;
- les PTF de l'hôpital de Comé lui ont apporté en 2010, du matériel médico chirurgical en particulier les boites d'ostéo synthèse, de petite chirurgie, d'accouchement, un moniteur de bruits de cœur fœtaux, des aspirateurs, baladeuses, etc. des climatiseurs, matelas pour les bureaux et les salles d'hospitalisation ;
- les efforts conjugués ont permis à l'hôpital de mettre en fonction un second bloc opératoire en 2011.
- l'hôpital a pu établir un continuum des soins d'urgences médico chirurgicales, d'affections cardio vasculaire, des complications conduisant à la césarienne, des traumatismes, de prise du paludisme grave ;
- Il assure régulièrement des sorties de collecte de sang ce qui améliore substantiellement la disponibilité en produits sanguins labiles ;
- l'hôpital a changé la nature des contrats qui le liaient au personnel passant des contrats de travail à durée déterminée en 2009, aux contrats de prestation de service donc une rémunération à l'acte ;
- un manuel de procédures des hôpitaux de zone, uniformisé est disponible depuis 2010.

- enfin en 2011, l'Hôpital de Comé a finalisé son plan directeur (2012-2016) avec l'appui de l'AIMS.

A partir de 2010, un travail d'amélioration du système de référence et de contre référence a été mis en place :

- **la structuration du système de RCR** a été matérialisée par la responsabilisation d'un Médecin de l'Hôpital pour l'organisation, la documentation, la gestion et l'analyse régulière des informations du système de RCR ;
- il assure la coordination des activités de RCR, supervise la mise en place des supports, leur tenue, l'analyse périodique des indicateurs avec les acteurs à travers un cadre de concertation prévu à cet effet.
- Une amélioration importante des moyens de communication a été développée depuis 2010. En effet une flotte (corporate) GSM relie toutes les formations sanitaires périphériques, toutes les unités de l'HZ ainsi que le CHD. La flotte est supportée par PARZS.
- Quelques effets pourraient être imputés à l'organisation des services, en particulier l'amélioration du taux d'occupation des lits, certes encore timide mais progressive passant de moins de 20% en 2008 à 30% en 2011.

En ce qui concerne la gestion des références et contre références, au total 2 347 fiches ont été analysées. Les cas provenaient en majorité des communes de Comé, de Houéyogbé, de Bopa et l'arrondissement de Sè.

Jusqu'à 67,10% des sujets référés étaient du sexe féminin.

Les services de maternités et de pédiatrie étaient les plus sollicités et avaient enregistré respectivement 44% et 25%

Concernant l'évolution des RCR dans les HZ de Comé, de LA et au CHD MC de 2008 à 2011, nous avons constaté qu'en 2008, le CHD recevait le maximum des évacuations venant des communes de Comé, Houéyogbé, Bopa et Grand Popo.

A partir de 2009, les évacuations provenant des quatre communes de la ZS de Comé augmentaient progressivement vers l'HZ de Comé en même temps qu'on assistait à une réduction progressive des RCR vers le CHD. Cette situation s'est inversé en 2011 où l'HZ de Comé reçoit plus de RCR de ses quatre communes que le CHD ce qui vient rétablir le fonctionnement du système de santé.

Par ailleurs de 2010 à 2011, les courbes de RCR de Comé, CHD et LA ont connu une baisse progressive se soldant par une diminution du nombre total des références.

Par rapport aux **conditions d'évacuation**, dans un tiers des cas, il n'existait pas de billet de référence et de contre référence ; dans 42 RCR (soit 2%), la fiche existait mais n'a pas été remplie. La qualification de l'agent qui évacuait n'était pas souvent renseignée (66%) mais les cas où l'information était disponible, les responsables de dispensaire étaient les plus nombreux (18%) Le moyen de transport n'est pas précisé dans 88,3% des cas. L'ambulance reste encore faiblement utilisée (6%).

Seulement 3,60% des références étaient accompagnées par un agent qualifié.

Par rapport à **l'évaluation du deuxième retard**, 18% seulement des évacuations sont arrivées au centre de référence dans un délai de 30 mn, la majorité (63%) a mis plus d'une heure de temps **Concernant celle du troisième retard** 98,20% des 778 cas analysés étaient pris en charge immédiatement dès leur arrivée. N'y a-t-il pas ici une confusion entre l'heure de prise en charge réelle et l'heure d'arrivée à l'hôpital, ces deux informations n'étant pas distinctes sur la fiche de RCR ?

Parmi les quatre motifs majeurs figurant sur la fiche de RCR, celui en rapport avec le plateau technique était prévalent (58%).

Lorsque les causes ont été précisées, nous les avons regroupées et les causes gynéco obstétriques prédominaient (34%) puis suivaient la demande de sang (11%).

Dans 1681 cas, les diagnostics sont posés avec précisions (asthme, pneumonie, cholera, delirium trémens, épididymite, septicémie...).

Seulement 352 cas (soient 19%) de références ont bénéficié de contre référence avec documents dûment remplis

En conclusion, nous avons constaté un début de reformes dans l'organisation des services de l'hôpital de Comé à partir de 2009. Elle a impacté tant l'utilisation des services de l'hôpital qu'une amélioration de la gestion des références et contre références venant des quatre communes de la ZS de Comé.

Il est formulé les recommandations suivantes :

Au coordonnateur du système de référence et de contre référence de l'hôpital de Comé

Uniformisation des outils de RCR

Sensibilisation des agents de santé sur le remplissage correct des outils de RCR

Archivage des supports de RCR

Sécurisation de la base de données du système de RCR

Amélioration de la contre référence

A la Direction de l'HZ de Comé

Développement d'une collaboration étroite avec le CIPEC pour le fractionnement du sang

Analyses semestrielles des données d'utilisation des services de l'hôpital

Opérationnalisation du Projet d'Etablissement Hospitalier

Développement d'un plan de communication entre l'établissement et les populations

Documentation et capitalisation des reformes en cours au niveau de l'hôpital de Comé

A la coordination de la ZS de Grand popo-Comè-Bopa-Houéyogbé

Supervisions régulières du système de RCR dans la ZS

Amélioration de la disponibilité des MEG dans les centres de santé

Liste des sigles et abréviations

ADD	Aplahoué-Djakotomé-Dogbo
AQS	Assurance Qualité des Services
ATR ZS	Assistant technique Régional auprès des Zones Sanitaires
C/SAE	Chef Service des Affaires Administratives et Economiques
C/SAF	Chef Service des Affaires Financières
CHD MC	Centre Hospitalier Départemental du Mono Couffo
CMC	Commission Médicale Consultative
CODIR	Comité de Direction
COGEHZ	Conseil de Gestion de l'Hôpital de Zone
CS	Centre de Santé
CSC	Centre de Santé de Commune
CTB	Agence Belge de Développement
DDS MC	Direction Départementale de la Santé du Mono Couffo
DH	Directeur de l'Hôpital
GATPA	Gestion Accélérée de la Troisième Phase du Travail
GCBH	Grand popo-Comè-Bopa-Houéyogbé
HZ	Hôpital de Zone
KTL	Klouakanmè-Toviklin-Lalo
PARZS	Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires
PCA	plateau complémentaire d'activités
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RCR	Référence et contre référence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence

Liste des tableaux

Tableau 1: Calendrier d'exécution de l'étude	16
Tableau 2 : Définition des tâches du personnel requis pour l'étude	17
Tableau 3: Répartition du personnel médical et paramédical de l'hôpital de Comé de 2008 à 2011	21
Tableau 4: Poches de sang mises à disposition par l'hôpital de Comé par an	24
Tableau 5: Répartition des références admises par service de l'hôpital	27
Tableau 6: Répartition des références et contre références par structure	28
Tableau 7: Billet de référence et contre référence rempli	29
Tableau 8: Répartition des références et contre référence selon la qualification de l'agent de santé qui réfère	30
Tableau 9 : Répartition des références selon le moyen de transport utilisé	30
Tableau 10: Références accompagnées	30
Tableau 11: Temps mis pour arriver au centre de référence	31
Tableau 12: Répartition des motifs de RCR	31
Tableau 13: Principales causes des références	31

Liste des figures

Figure 1: Carte des départements du Mono et du Couffo	15
Figure 2: Evolution du Taux d'occupation des lits à l'hôpital de Comé	26
Figure 3: Répartition des cas référés admis à l'hôpital de zone de Comé par tranche d'âge.	27
Figure 4 : Répartition des évacuations au cours des quatre dernières années	28
Figure 5 : Evolution des RCR dans les HZ de Comè, Lokossa et au CHD MC de 2008 à 2011.	29
Figure 6: Contre références avec documents remplis	32

Introduction

Le système de santé du Bénin s'appuie essentiellement sur le niveau opérationnel où l'Hôpital de Zone (HZ) joue un rôle important. Il est le centre de référence des complications médico-chirurgicales habituellement rencontrées.

La qualité de l'offre de service de l'HZ est la vitrine de la fonctionnalité d'une ZS. Pendant longtemps l'on s'est plaint du faible recours aux services de santé y compris l'HZ de Comè.

D'après plusieurs études, évaluations et audits effectués au Bénin²³(...), *il est connu depuis longtemps que la population renâcle à utiliser les services de santé de la Zone Sanitaire (ZS). Pour rappel, voici la liste des griefs : le mauvais accueil, les absences répétées des agents au poste, le manque d'agents qualifiés dans les centres de santé, la non disponibilité régulière des médicaments, le coût élevé des prestations du fait de la surfacturation/rançonnement, le manque de matériels médico- techniques adéquats, les insultes adressées aux patients par les agents, le vol des médicaments des patients et leur revente à d'autres, l'incompétence des agents de santé, le manque de confiance aux agents, la vente parallèle des médicaments, l'exigence d'un paiement avant de donner le moindre soin (même en cas d'urgence), etc.*

Pour inverser ces tendances, des efforts et initiatives nationales sont faits avec l'appui des PTF en particulier l'Agence Belge de Développement.

Le Projet d'Appui au Renforcement des Zones et Départements Sanitaires (PARZDS) est en implémentation depuis le mois d'octobre 2010. Dans le département du Mono Couffo, il appuie la DDS et trois ZS Aplahoué-Djakotomé-Dogbo (ADD), Grand popo-Comè-Bopa-Houéyogbé (GCBH) et Klouakanmè-Toviklin-Lalo (KTL).

Le projet encourage instamment les équipes de santé à prendre des initiatives pour améliorer le système des soins car faut-il le rappeler parmi les quatre défis du projet figure en premier lieu, l'offre des services de santé de qualité.

Le projet, soucieux de documenter les meilleures pratiques et les évidences, planifie cette évaluation de l'organisation/réorganisation des services de l'HZ.

A plusieurs réunions de services organisées par la Direction Départementale de la Santé du Mono Couffo (DDS MC), il est apparu que la fréquence de références non justifiées autrefois nombreuses en provenance de l'HZ de Comè vers le Centre Hospitalier Départemental du Mono couffo (CHD MC) et l'HZ de Lokossa ainsi que les court-circuitages de l'HZ ont baissé. Ces

² Rapport Evaluation à Mi Parcours du PAZS Comè, Décembre 2009

³ Audit organisationnel et institutionnel des DDS et des ZS, AIMS, Septembre 2009

résultats méritent d'être vérifiés et s'ils s'avèrent justes doivent être capitalisés aussi voudrions nous par ce travail analyser une éventuelle réorganisation des services et les résultats qui en découlent.

Objectifs

Objectif général

Evaluer l'organisation/réorganisation des services de l'Hôpital de Zone (HZ)

Objectifs spécifiques

1. Analyser l'organisation apportée aux différents services techniques, l'administration de l'HZ.
2. Evaluer les effets de l'organisation des services en particulier sur la gestion des RCR de l'HZ de Comé.
3. Proposer des recommandations pour améliorer la réorganisation amorcée

Hypothèse de recherche

Les réformes dans l'organisation des services de l'HZ de Comé ont amélioré l'utilisation des services y compris la gestion des références et contre référence.

Matériels et méthode

Cadre général de l'étude

Le département de la santé du Mono Couffo est le cadre de l'étude en particulier les services de santé du premier niveau, les CS et les HZ et les services de second niveau, le CHD du mono couffo.



Figure 1: Carte des départements du Mono et du Couffo

Source Annuaire statistique de santé DDS MC 2011

Population d'étude

La population de l'étude est constituée des prestataires, des responsables des structures sanitaires et des élus locaux des quatre communes de Grand Popo-Comé-Houeyogbé-Bopa.

Types d'études

Nous avons effectué une étude mixte (quantitative et qualitative) associée à une revue documentaire. L'enquête qualitative a été faite à travers des interviews individuelles (cf. guides d'entretien en annexe 1) avec les responsables de l'HZ et les principaux responsables d'unités techniques et administratifs et quelques élus locaux. Elle a été complétée par de l'observation directe. Quant à l'enquête quantitative, elle a consisté en étude longitudinale rétrospective basée sur une revue de toutes les fiches de référence et contre référence (RCR), les registres et cahiers de RCR dans les unités de maternité, de chirurgie, d'urgences médicales et des services de médecine/pédiatrie à l'HZ de Comè d'une part et d'autre part au CHD MC et à l'HZ de Lokossa. Tous les cas de RCR du 1^{er} janvier 2008 au 31 Janvier 2012 ont été analysés.

Plusieurs techniques de collecte des données ont été utilisées. Il s'agit notamment de la revue documentaire, de l'entretien et de l'observation. (voir grille de collecte en annexe 2).

Traitement, analyse des données et rédaction du rapport.

Les données quantitatives ont été saisies sur Epi info 2000, apurées puis analysées.

Quant aux données qualitatives, elles ont été collectées au moyen d'un dictaphone puis transcrites sur Microsoft Word. Une analyse du contenu des verbatims a été faite.

Plan de travail

L'évaluation a couvert quatre semaines et les activités planifiées se sont déroulé en quatre phases comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Calendrier d'exécution de l'étude

Phases	Activités	Durée	Observations
Phase I	Validation du protocole par l'équipe départementale et de la ZS de Comè Finalisation des outils de collecte Formation des enquêteurs	S1	
Phase II	Collecte des données (qualitatives, quantitatives) Masque de saisie Saisie des données	S2-S3	
	Analyse des données Rédaction du rapport draft 1	S4	
Phase III	Restitution d'étape et validation	S5	

La répartition des tâches entre les membres de l'équipe d'évaluation est détaillée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Définition des tâches du personnel requis pour l'étude

Type de personnel	Nombre	Tâches	Observations
<ul style="list-style-type: none"> • ATR ZS • Point focal RCR • SEPS DDS 	3	Coordination	
<ul style="list-style-type: none"> • ATR ZS • ATI • Point Focal R/A • SEPS DDS 	4	<ul style="list-style-type: none"> • Conception de l'étude • Revue documentaire analytique • Elaboration des outils de collecte • Echantillonnage • Supervision de la collecte des données • Programme de saisie des données • Contrôle et apurement de la base • Plan d'analyse • Analyse des données et rédaction du rapport 	
<ul style="list-style-type: none"> • Point Focal R/A 	1	Responsable Collecte et traitement des données qualitatives	
Enquêteurs qualitatifs	2	collecte et traitement des données qualitatives	
Enquêteurs quantitatifs	5	collecte des données quantitatives	
Point focal RCR et SEPS DDS		Supervision enquête quantitative	
Agents de saisie	2	Saisie des données	

NB : La liste des enquêteurs et superviseurs et agents de saisie figure en annexe 3

Définitions opératoires

Le système de références et contre références est un système permettant une prise en charge médicale continue des patients d'un niveau de soins à un autre.

La référence consiste en la préparation, au transfert et en l'accueil d'un patient d'un niveau de santé inférieur à un niveau supérieur dans le but de délivrer les soins adéquats.

La contre référence elle est la retro information avec ou sans retour du patient du niveau supérieur au niveau inférieur.

Résultats

A Enquête qualitative

1. Caractéristiques générales des personnes interviewées

L'entretien s'est déroulé avec plusieurs catégories d'acteurs. A l'hôpital de Comé le personnel administratif ayant participé aux discussions était le Directeur de l'Hôpital de Zone, le C/SAE, le C/SAF, le C/SA et C/Personnel. Ensuite c'était le personnel médical et paramédical des unités des urgences, de la chirurgie, de la pédiatrie, de la maternité, de la médecine et de la pharmacie puis le Président COGEHZ. Enfin les Chefs d'Arrondissements des communes de Bopa, de Comé, d'Akodeha et le Maire de Bopa ont participé aux interviews.

2. Analyse de l'organisation des services de l'hôpital

2.1. Ancienne organisation des services

Il est ressorti de l'entretien avec le Directeur de l'hôpital de Comé que l'établissement été mis en service le 1^{er} Octobre 2001. Il était censé délivrer le plateau complémentaire d'activité (PCA) mais faut-il le reconnaître, il a souffert depuis les années 2006/2007 jusqu'en 2009 d'une mauvaise image auprès de la population.

Certains enquêtés sont allés jusqu'à le caractériser de « mouroir ». La population lui reprochait l'indisponibilité de personnel médical et paramédical, le coût élevé des prestations, du mauvais accueil des patients, etc.

L'enquête d'opinion auprès de la population de 2010⁴, ressortait à peu près les mêmes maux : le mauvais accueil des malades par les médecins et les infirmiers, les mauvaises conditions d'hébergement, le rançonnement pratiqué par les médecins et les infirmiers, l'hygiène défectueuse dans les salles et dans les toilettes, la faible disponibilité du personnel médical, les pannes des points d'eau et l'absence de moustiquaires, les ruptures fréquentes de certains produits pharmaceutiques.

Le personnel lui, reprochait à la Direction, sa faible réactivité face à ses problèmes, une absence de communication entre elle et les services techniques. Ils se plaignaient également de l'insuffisance de motivation du personnel et de l'absence d'un système interne de valorisation, de l'insuffisance d'équipements médicaux dans certains services et des pannes fréquentes sur les appareils, bref des mauvaises conditions de travail.

L'analyse des informations disponibles a montré la non séparation des activités des services de Médecine et de Pédiatrie, l'absence de description de postes, l'absence d'organigramme et de règlement intérieur, la non fonctionnalité des organes consultatifs notamment la Commission

⁴Projet d'Etablissement Hospitalier Comé. 2010

Médicale Consultative (CMC) et le CHS, la non exploitation des données disponibles. Il est clairement apparu une sous-utilisation des services d'hospitalisation, des faiblesses dans la gestion du système de références et contre-références. Il est noté une très faible couverture en personnel médical et paramédical qualifié (cf. tableau 3)

Tableau 3: Répartition du personnel médical et paramédical de l'hôpital de Comé de 2008 à 2011

Période	Personnel médical	Personnel paramédical
2008	8 (7,30)	47 (43,10)
2009	9 (8,00)	52 (45,00)
2010	10 (9,00)	46 (41,00)
2011	12 (9,00)	49 (38,00)

Source : Rapports annuels d'activités de l'hôpital de Comé

Interviewés sur les causes de la faible utilisation des services hospitaliers, les prestataires ont évoqué eux aussi des problèmes de disponibilité des ressources humaines, de la faible qualité de l'accueil et d'insuffisance de communication à l'endroit de la population.

Ils sont revenus sur le climat social qui était tendu entre le personnel, sa hiérarchie et l'EEZS.

Le Directeur de l'hôpital (DH) s'exprimant sur l'organisation des services a dit en substance : « jusqu'en début 2009, il n'y avait pas de réelle régulation du travail des médicaux, peu de tours de salles, pas de garde couchée des médecins, pas d'encadrement de qualité ».

Toutefois concernant le fonctionnement de l'hôpital, selon le personnel hospitalier, quelques points forts sont énotés⁵ en particulier la complétude progressive du paquet d'activités (consultation, hospitalisation, soins, rééducation), l'existence d'un plan de travail annuel servant de base à l'élaboration du budget, les activités ambulatoires en hausse, la fonctionnalité du Conseil de Gestion de l'hôpital, le paiement de primes de garde, de responsabilité et de repas au personnel, l'existence de supports pour la collecte des données statistiques.

Gestion du système de références et contre références

Interrogés sur la gestion des références, les réponses des acteurs étaient claires, il n'y avait pratiquement pas d'inter relations efficaces entre le premier échelon (CS, CSC), l'hôpital de Comé et le CHD et chaque niveau, avait ses insuffisances majeures.

Les CS avaient de faible capacité à détecter tôt les urgences et à les référer dans de bonnes conditions à l'hôpital.

⁵Projet d'Etablissement Hospitalier Comé. 2010

Quant à l'hôpital de Comé, le plateau technique était loin d'être conforme car il arrivait que les malades référés par des médecins de commune soient vus par des infirmiers ce qui générait des frustrations au niveau des médecins chefs de commune et de l'insatisfaction chez les patients. L'HZ était incapable de délivrer le PCA. Les délais de prise en charge des urgences admises à l'hôpital étaient relativement longs avec le système d'astreinte pour les médecins et la faible organisation des équipes.

Il y avait des ruptures fréquentes de molécules essentielles (anesthésiques, produits sanguins, etc.) Par ailleurs il y avait des déficits de communication entre l'Hôpital et les CS, le coût jugé élevé du transport des références. En conclusion, le système de référence et contre référence n'était pas organisé.

2.2. Nouvelle organisation des services

Des entretiens, il est ressorti que des efforts ont été faits sur le renforcement des capacités du personnel médical, la réorganisation des activités médicales, l'adaptation de l'Offre de soins aux besoins de la zone, le système de RCR. Quels sont les constats ?

- **Renforcement des capacités du personnel médical**

Nous avons fait le point sur le renforcement du personnel de l'hôpital.

En 2009, d'après le C/SAE, au total 11 agents ont été recrutés sur fonds propres et étaient composés de trois chirurgiens, d'un médecin gynéco obstétricien, de deux médecins généralistes, d'un anesthésiste, d'une sage-femme, d'une infirmière de santé, de deux aides-soignants et un anesthésiste sur fonds propre.

En 2010, c'était six agents recrutés : une infirmière de santé, un aide-soignant, un technicien supérieur de radiologie, un anesthésiste, un agent comptable et une secrétaire.

En 2011, il a recruté toute catégorie confondue, dix-huit agents: un médecin cardiologue, un kinésithérapeute, trois infirmières de santé, trois sages-femmes, six Aides-soignants, quatre agents d'entretien, un agent comptable.

De 2009 à 2011 on constate des efforts importants de l'hôpital dans le recrutement de ressources humaines diversifiées ce qui lui a permis de répondre aux besoins en personnel avec un quota minimum par unité permettant d'assurer la permanence des services. Pour mémoire il faut une équipe d'au moins quatre agents par service de garde afin qu'ils puissent bénéficier de repos compensateur de 72 heures conformément à la législation du travail au Bénin.

Ce renforcement en personnel a permis aux chefs d'unités de mieux gérer les absences en cas de maladie ou de congé.

L'hôpital, par le biais des bourses CTB a pu envoyer trois agents en formation de longue durée en particulier en spécialisation d'odontostomatologie, en épidémiologie et en gynéco obstétrique.

Par ailleurs le personnel a bénéficié de formations continues couvrant plusieurs thèmes notamment l'hygiène assainissement, la gestion des stocks et des pharmacies, les SONU, la GATPA, les audits de décès maternels, l'AQS, la prise en charge du paludisme, la formation des ambulanciers, le travail d'équipe.

Malgré que nous n'avons pas vu un plan de formation du personnel ni de gestion des carrières des agents en tant que tels, nous notons qu'au cours de ces dernières années des efforts sont faits pour renforcer la capacité technique, organisationnelle des agents de l'hôpital.

- **Réorganisation de l'activité médicale :**

Au titre des efforts de réorganisation, nous avons pu constater des dispositifs à des stades différents.

En effet la consultation médicale est disponible tous les cinq jours ouvrés de la semaine et le relai pris par les services de garde les jours fériés et les week end.

Chaque unité de service est dirigée par un médecin responsable, secondé par un infirmier major.

A partir de 2010 selon la direction, dans tous les services d'hospitalisation, il est institué deux visites médicales quotidiennes (matin et soir) des patients.

Les médecins des urgences, de la maternité et de la chirurgie assurent depuis 2009, des gardes couchées en lieu et place du système d'astreinte qui était jusqu'alors pratiqué.

Chaque unité tient un staff hebdomadaire et la direction un CODIR mensuel mais les assemblées générales sont rares a reconnu le DH.

D'autres initiatives ont été rapportées. C'est notamment l'organisation au profit du personnel des urgences médicales, en 2010, des réunions d'échanges sur l'importance de l'accueil, la circulation des patients entre les services, la constitution et l'introduction de kits d'urgence mais qui n'ont pas pu être renouvelés après le stock de démarrage.

En 2009, un cafeteria au sein de l'hôpital a été ouvert pour améliorer les commodités au sein de l'hôpital.

En terme de **système de motivation**, pour assurer la continuité des pansements en week end, il est octroyé au personnel l'équivalent d'une prime de garde qui a été bien accueilli et instauré depuis 2008.

A partir de 2009, il a été institué le paiement des gardes supplémentaires et ceci a permis d'éviter les ruptures dans la continuité des services.

- **Efforts d'adaptation de l'Offre de soins aux besoins de la zone**

En ce qui concerne le renouvellement des équipements et du matériel, des efforts sont faits. Les équipements de laboratoire (centrifugeuses, aspirateurs), les tables d'intervention, d'anesthésie ont été achetés sur fonds propres.

Les PTF de l'hôpital de Comé lui ont apporté en 2010, du matériel médico chirurgical en particulier les boites d'ostéo synthèse, de petite chirurgie, d'accouchement, un moniteur de bruits de cœur fœtaux, des aspirateurs, baladeuses, etc. des climatiseurs, matelas pour les bureaux et les salles d'hospitalisation.

Les efforts conjugués ont permis à l'hôpital de mettre en fonction un second bloc opératoire en 2011.

L'hôpital a pu établir un continuum des soins d'urgences médico chirurgicales, d'affections cardio vasculaire, des complications conduisant à la césarienne, des traumatismes, de prise du paludisme grave.

Il assure régulièrement des sorties de collecte de sang ce qui améliore substantiellement la disponibilité en produits sanguins labiles (cf. tableau 4).

Tableau 4: Poches de sang mises à disposition par l'hôpital de Comé par an

Période	Poches de sang mises à disposition par l'hôpital
2008	-
2009	462
2010	333
2011	378

L'hôpital a changé la nature des contrats qui le liaient au personnel passant des contrats de travail à durée déterminée en 2009, aux contrats de prestation de service donc une rémunération à l'acte. Cela a amélioré la disponibilité de l'offre de soins cliniques de pédiatrie, de médecine, de chirurgie et de maternité à l'hôpital.

Un manuel de procédures des hôpitaux de zone, uniformisé est disponible depuis 2010.

Enfin en 2011, l'Hôpital de Comé a finalisé son plan directeur (2012-2016) avec l'appui de l'AIMS.

- **Actions de développement de complémentarité entre l'hôpital et les autres structures**

A partir de 2010, un travail d'amélioration du système de référence et de contre référence a été mis en place.

La structuration du système de RCR a été matérialisée par la responsabilisation d'un Médecin de l'Hôpital pour l'organisation, la documentation, la gestion et l'analyse régulière des informations du système de RCR.

Il assure la coordination des activités de RCR. Il supervise la mise en place des supports, leur tenue, l'analyse périodique des indicateurs avec les acteurs à travers un cadre de concertation prévu à cet effet.

Concomitamment, l'Hôpital appuyait à la gestion des médicaments et consommables à travers la formation du personnel de pharmacie en gestion de stock, des supervisions périodiques assurées par le C/SAAE de l'hôpital, la DDS et la Direction Nationale des Pharmacies.

L'hôpital connaît toujours des ruptures en certaines molécules qui seraient imputables en grande partie à la Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME).

L'AQS a été entrepris dans certaines unités de l'HZ et dans huit CS pilotes de la ZS et des cercles de qualité y étaient constitués mais le processus est interrompu depuis plusieurs mois.

L'EEZS a appuyé à l'élaboration de protocoles de traitement, de diagnostic et d'ordinogrammes et de renforcement de la supervision.

Un réseau des cabinets privés agréés qui collaborent avec l'Hôpital surtout au niveau des RCR a été mis en place.

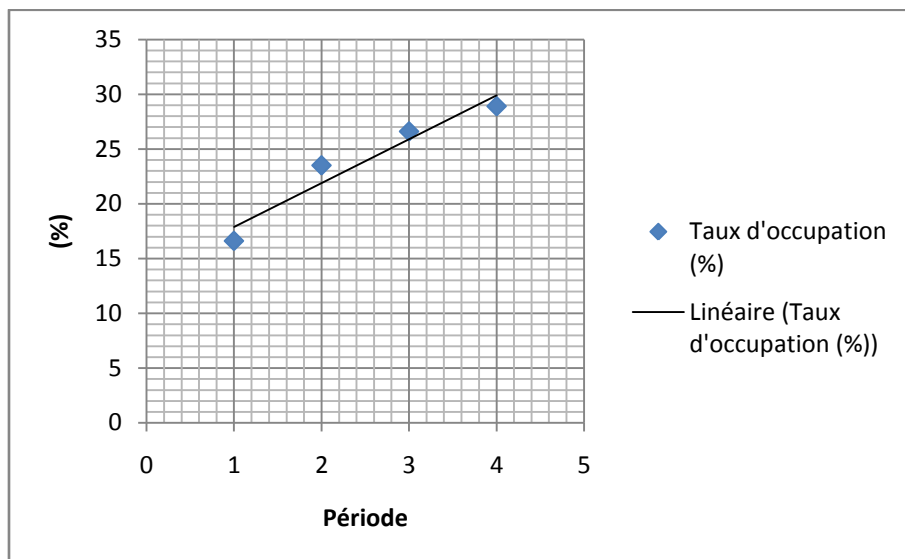
Deux ambulances (remises par PARZS) dont une placée à l'hôpital ont amélioré le parc automobile de la ZS et facilitent les références.

Une amélioration importante des moyens de communication a été développée depuis 2010. En effet une flotte (corporate) GSM relie toutes les formations sanitaires périphériques, toutes les unités de l'HZ ainsi que le CHD.

La flotte est supportée par PARZS.

2.3. Effets de l'organisation des services

On assiste à une amélioration du taux d'occupation des lits, certes encore timide mais progressive (cf. figure 2)



Sources : Rapports annuels d'activités de l'hôpital de Comé 2008, 2009, 2010, 2011

Figure 2: Evolution du Taux d'occupation des lits à l'hôpital de Comé

B. Enquête quantitative

1. Caractéristiques générales de l'échantillon

Au total 2 347 RCR ont été analysées. Les cas provenaient en majorité des communes de Comé, de Houéyogbé, de Bopa et l'arrondissement de Sè (cf. annexe centre _rcr).

Jusqu'à 67,10% des sujets référés étaient du sexe féminin.

Les services de maternités et de pédiatrie étaient les plus sollicités et avaient enregistré respectivement 44% et 25% (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 5: Répartition des références admises par service de l'hôpital

Services	%
Chirurgie (n=172)	7,33
Maternité (n=1 021)	43,50
Médecin/Pédiatrie (n=25)	1,07
Médecine (n=316)	13,46
Pédiatrie (n=588)	25,05
Urgences (n=225)	9,59
Total (N=2 347)	100,00

2. Caractéristiques socio culturelles des référés

La répartition par tranches d'âge des cas montre que les 15 à 24 ans représentaient la tranche d'âge la plus concernée (45,45%) comme on peut le voir sur la figure 3.

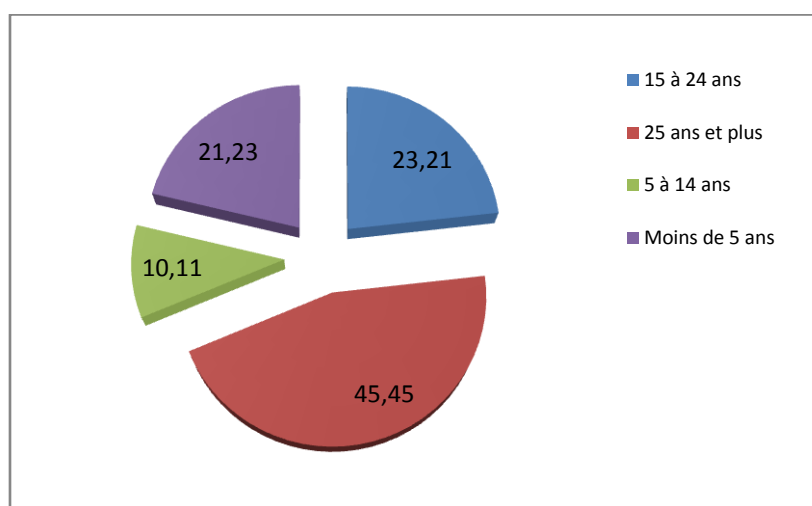


Figure 3: Répartition des cas référés admis à l'hôpital de zone de Comé par tranche d'âge.

Les répartitions cumulatives des références par structure de janvier 2008 à Janvier 2012 montrent que l'HZ de Comé a enregistré le maximum de RCR (58%) (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition des références et contre références par structure

Structures de référence	%
CHD Mono (n=817)	37,16
HZ Comé (n=1 360)	58,02
HZ Lokossa (n=113)	4,82
Total (N=2 344)	100,00

3. Répartition par années références dans la zone sanitaire de Comé

Nous avons reparti par an les références issues des quatre communes de G-C-B-H et nous avons trouvé qu'au cours de la période d'étude, le maximum de RCR (685 cas) a été observé en 2010 (figure ci-dessous).

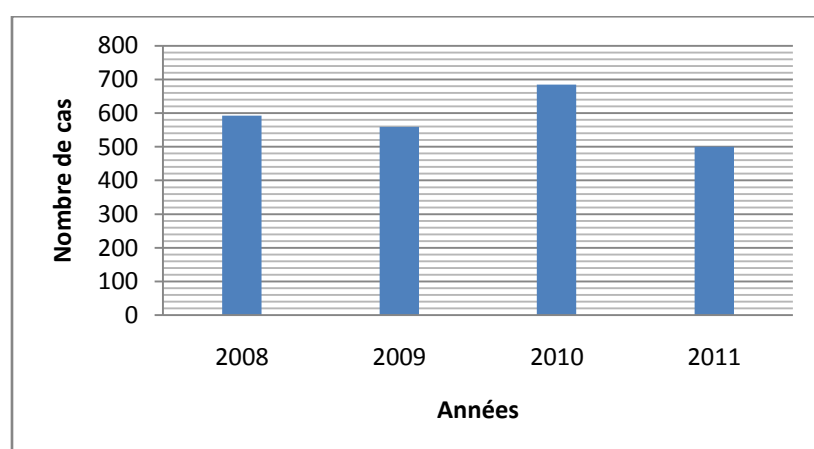


Figure 4 : Répartition des évacuations au cours des quatre dernières années

Evolution des RCR dans les HZ de Comé, de LA et au CHD MC de 2008 à 2011

Nous avons reparti par an et par centre de référence et avons fait deux constats :

- 1) Une évolution différente des courbes de RCR de Comé et du CHD alors que celle de Lokossa/Athiémé est constamment plate. Comé est passé de 133 cas en 2008 à 194 cas en 2010. Dans le même temps le CHD a vu un recul des cas de RCR provenant de Comé (cf. figure 5).
- 2) De 2010 à 2011, les courbes de RCR de Comé, CHD et LA ont connu une baisse progressive se soldant par une diminution du nombre total des références.

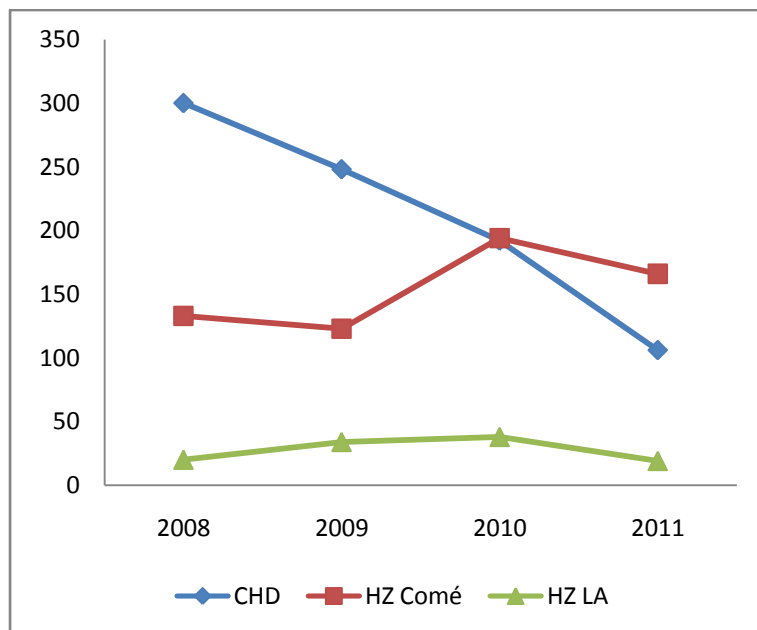


Figure 5 : Evolution des RCR dans les HZ de Comé, Lokossa et au CHD MC de 2008 à 2011.

4. Conditions d'évacuation

Normalement chaque RCR devrait être accompagné d'un document qui décrit brièvement le cas, résume les gestes thérapeutiques posés, les résultats des bilans faits et les hypothèses diagnostiques. Chaque référence à chaud devrait également être accompagnée par un agent qualifié. Chaque évacuation devrait être faite avec des moyens de transport assurant le confort du patient mais surtout permettant de poser des gestes d'urgence, une perfusion de maintien de la voie veineuse ou d'administration de substances de réanimation.

L'analyse des données montre que dans un tiers des cas, il n'existait pas de billet de référence et de contre référence ; dans 42 RCR (soit 2%), la fiche existait mais n'a pas été remplie (Tableau 7)

Tableau 7: Billet de référence et contre référence rempli

Billet de référence et contre référence	(%)
N'existe pas (n=760)	32,40
Non (n=42)	1,80
Oui (n=1 546)	65,80
Total (N=2 348)	100,00

La qualification de l'agent qui évacuait n'était pas souvent renseignée (66%) mais les cas où l'information était disponible, les responsables de dispensaire étaient les plus nombreux (18%) (Tableau ci-dessous).

Tableau 8: Répartition des références et contre référence selon la qualification de l'agent de santé qui réfère

Qualification de l'agent qui évacue	(%)
Pas précise (n=1 293)	66,10
Resp Dispensaire (n=349)	17,80
Resp Maternité (n=180)	9,20
Resp Unité d'hop. (n=49)	2,50
Autre (n=86)	4,40
Total (N=1 957)	100,00

Le moyen de transport n'est pas précisé dans 88,3% des cas. L'ambulance reste encore faiblement utilisée (6%) comme le montre le tableau 9.

Tableau 9 : Répartition des références selon le moyen de transport utilisé

Moyens de transport	(%)
Ambulance (n=134)	5,70
Pas précisé(n=2 073)	88,30
Personnel (n=61)	2,60
Véhicule Taxi (n=22)	0,90
Zem (n=58)	2,50
Total (N=2 348)	100,00

Seulement 3,60% d'entre elles l'ont été par un agent qualifié (tableau ci-dessous)

Tableau 10: Références accompagnées

Références accompagnées	(%)
Agent non qualifié (n=71)	13,50
Agent qualifié (n=19)	3,60
Non accompagné (n=435)	82,90
Total (N=525)	100,00

5. Evaluation des trois retards

Evaluation du deuxième retard

Elle correspond à la durée moyenne de temps entre l'heure d'arrivée au centre de référence et la prise de décision de l'évacuation.

Dix-huit pour cent seulement des évacuations sont arrivées au centre de référence dans un délai de 30 mn, la majorité (63%) a mis plus d'une heure de temps (cf. tableau 11). Des extrêmes de temps de plus de 23 heures ont été rencontrés.

Tableau 11: Temps mis pour arriver au centre de référence

Temps	(%)
0-30 (n=185)	17,96
31-60 (n=192)	18,64
sup. à 1H (n=653)	63,40
Total (N=1 030)	100,00

Evaluation du troisième retard

Elle correspond à la durée moyenne de temps entre l'heure d'arrivée au centre de référence et la prise en charge du cas.

Sur 778 cas analysés, 98,20% des cas étaient pris en charge immédiatement dès leur arrivée. N'y a-t-il pas ici une confusion entre l'heure de prise en charge réelle et l'heure d'arrivée à l'hôpital, ces deux informations n'étant pas distinctes sur la fiche de RCR ?

6. Gestion du cas**6.1 Répartition des RCR selon le motif**

Parmi les quatre motifs majeurs figurant sur la fiche de RCR, le motif en rapport avec le plateau technique était prévalent (58%) mais on remarque que la non disponibilité des médicaments est mentionnée dans 13,2% des cas. (cf. Tableau 12)

Tableau 12: Répartition des motifs de RCR

Motifs de référence & contre référence	(%)
Absence de médicaments (n=149)	13,20
Pas de réponse au traitement (n=151)	13,40
Problèmes diagnostic (n=276)	24,40
Autres (n=553)	49,00
Total (N=1 129)	100,00

Lorsque les causes ont été précisées, nous les avons regroupées et les causes gynéco obstétriques prédominaient (34%) puis suivait la demande de sang (11%) comme le montre le tableau 13.

Tableau 13: Principales causes des références

Causes	%
Gynéco obstétriques (n=251)	33,65
Paludisme (n=49)	6,57
Plateau technique (n=75)	10,05
Sang (n=84)	11,26
Autres* (n=287)	38,47
Total (N=746)	100,00

*= *Abdomens chirurgicaux, les Accidents de la Voie Publique, les affections de spécialités (affection cardiovasculaires, les brûlures, les maladies chroniques, insuffisance rénale, malnutrition sévère, envenimations, occlusion intestinale.*

6.2 Diagnostics à la sortie des RCR

Dans 1681 cas, les diagnostics sont posés avec précisions (asthme, pneumonie, cholera, delirium trémens, épидидymite, septicémie...). Un phénomène constaté est le nombre élevé (48 cas) de « sortie contre avis médical ».

6.3 Proportion de cas de références sorties avec documents de contre référence remplis

Seulement 352 cas (soient 19%) de références ont bénéficié de contre référence avec documents dûment remplis (figure 7).

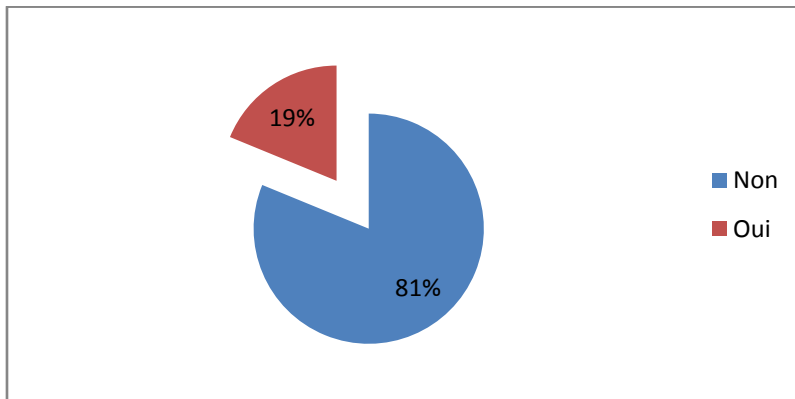


Figure 6: Contre références avec documents remplis

Limites de l'étude

Notre étude comporte des limites. Elle a eu l'avantage de se dérouler dans les trois centres de référence majeurs de la DDS MC et elle a combiné une étude de tous les supports de gestion des références et contre références en provenance des quatre communes de Grand popo-Comé-Bopa-Houeyogbé et une étude qualitative sur l'organisation des services de l'hôpital de Comé. Cependant elle n'a pas pu analyser les autres références envoyées ailleurs.

L'étude documentaire a souffert de la mauvaise tenue de l'archivage des supports de gestion de RCR. Si dans certains cas il y avait un responsable qui veillait à la bonne tenue des dossiers, des registres, des fiches (cas à l'Hôpital de Comé), il n'en était pas ainsi ailleurs (CHD Mono & HZ LA) ; les fiches, parfois laissées à l'abandon dans des couloirs ou autres recoins n'étaient pas rassemblées par année.

Les fiches de RCR ont beaucoup évolué depuis 2008. Dans un même établissement différents types de fiches étaient utilisées sans forcément collecter les mêmes informations.

Certains renseignements fondamentaux en particulier l'heure d'arrivée au centre de référence et l'heure de prise en charge ne sont pas distincts de sorte qu'il y a confusion entre ces deux informations.

L'étude a également souffert des déficits de remplissage des fiches. En effet bien que certains champs soient prévus, ils n'étaient pas souvent renseignés. Ce sont les caractéristiques socio culturelles des patients, la qualification de l'agent qui évacue, l'heure de départ du centre qui évacue, l'heure d'arrivée au centre qui reçoit, l'heure de prise en charge, etc.

Malgré ces limites, nos résultats reflètent assez fidèlement l'organisation des services de l'Hôpital de Zone (HZ) ainsi que la gestion des RCR de l'HZ de Comé.

Commentaires des résultats

Nous avons constaté un début de reformes dans l'organisation des services de l'hôpital de Comé à partir de 2009.

Elles ont porté essentiellement sur le renforcement des capacités du personnel médical. Pour adapter l'offre de soins aux besoins de la zone et pour établir un continuum de soins d'urgences médico chirurgicales, de 2009 à 2011 l'hôpital a recruté trente-sept (37) agents de compétences diversifiées sur fonds propre. Il a fait évoluer le mode de contrat de travail à durée déterminée aux contrats de prestation de service avec une formule de rémunération à l'acte.

L'établissement en investissant dans les ressources humaines règle les problèmes prioritaires qui limitaient son utilisation. Le personnel affecté par l'Etat ne comble pas le déficit en ressources humaines. Le contrat de prestation avec rémunération à l'acte semble plus rentable pour l'hôpital car améliore la présence des agents au poste et par voie de conséquence la disponibilité de l'offre de soins cliniques de pédiatrie, de médecine, de chirurgie et de maternité.

A partir de 2010, un travail d'amélioration du système de référence et de contre référence a été mis en place. En effet un médecin de l'hôpital en assure la coordination. Il est responsabilisé pour l'organisation, la documentation, la gestion et l'analyse régulière des informations du système de RCR. Il supervise la mise en place des supports, leur tenue, l'analyse périodique des indicateurs avec les acteurs à travers un cadre de concertation prévu à cet effet.

L'équipe est arrivée à mettre en place une base de données de référence et de contre référence ce qui lui facilite l'analyse périodique des données.

Par ailleurs l'hôpital à travers des collectes périodiques de sang en stratégie avancée améliore sa disponibilité en produits sanguins.

Depuis 2009 le taux d'occupation des lits est passé de 16,6% en 2008 à 28,9% en 2011.

Au total 2 347 références et contre références ont été analysées.

La majorité (67,10% des sujets référés) était de sexe féminin.

Les services de maternités et de pédiatrie étaient les plus sollicités et avaient enregistré respectivement 44% et 25%.

L'ambulance reste encore faiblement utilisée (6%) lors des références contrairement à Malanville où elle constituait 50% du moyen de déplacement des femmes vers l'hôpital en cas de complications selon Jean E. Kouassi dans son évaluation de l'expérience de Guéné dans la réduction de la mortalité maternelle et néo natale au Bénin en 2008.

Par rapport à l'utilisation des services, nous avons fait deux constats majeurs :

- Les références (autoréférences ou références faites par les agents de santé) des patients de la ZS de Comé qui étaient quasiment orientées sur le CHD ou l'PHZ de Lokossa/Athiémé en 2008, sont progressivement revenues à l'hôpital de Comé et ont dépassé largement tous les autres établissements en 2010.

Sans toutefois pouvoir prédire de quelle contribution proportionnelle chaque changement a apporté sur l'amélioration progressive des services de l'hôpital de Comé, on voit quand même qu'il y a un retour des populations vers leur hôpital. D'autres études plus poussées pourraient évaluer l'effet des différentes réformes sur l'utilisation de l'hôpital.

- En 2011 on note globalement dans tous les sites d'études une baisse sensible des références.

Est-ce enfin le début des effets des programmes de santé publique (par exemple la distribution de masse des moustiquaires imprégnées, la prise en charge précoce et gratuite par les ACT) ou un épiphénomène ? D'autres études pourraient envisager d'analyser cela.

L'analyse des données montre que dans un tiers des cas, il n'existait pas de billet de référence et de contre référence. Par ailleurs, la fiche existait mais n'a pas été remplie.

La qualification de l'agent qui évacuait n'était pas souvent renseignée (66%) mais seulement 3,60% d'entre elles l'ont été par un agent qualifié.

L'évaluation du deuxième retard a été faite. En effet 18% seulement des évacuations sont arrivées au centre de référence dans un délai de 30 mn, la majorité (63%) ayant mis plus d'une heure de temps avec des extrêmes de temps de plus de 23 heures.

Le troisième retard a pu être analysé sur 778 cas où 98,20% des cas étaient pris en charge immédiatement dès leur arrivée mais nous sommes dans l'incapacité de prouver qu'il n'y a pas de confusion entre l'heure de prise en charge réelle et l'heure d'arrivée à l'hôpital ces deux variables n'étant pas distinctes sur la fiche de référence et contre référence.

Parmi les quatre motifs majeurs figurant sur la fiche de RCR, le motif en rapport avec le plateau technique était prévalent (58%) mais on remarque que la non disponibilité des médicaments est mentionnée dans 13,2% des cas.

Lorsque les causes ont été précisées, nous les avons regroupées et les causes gynéco obstétriques prédominaient (34%) suivies de la demande de sang (11%).

En ce qui concerne la contre référence, seulement 352 cas (soient 19%) de références ont bénéficié de contre référence avec documents dûment remplis.

Conclusion

Nous avons apprécié les réformes apportées à l'organisation des services de l'hôpital de Comé ainsi que la réorganisation du système de référence et contre références en analysant les données de 2008 à 2011 de toutes les références des populations en provenance de Grand popo-Comé-Bopa-Houéyogbé dans les hôpitaux de zones de Comé, Lokossa/Athiémé et du CHD Mono/Couffo.

Cette enquête apporte des informations récentes, relativement fiables sur les réformes entreprises par l'HZ de Comé depuis 2009 portant sur le renforcement du personnel à travers des recrutements sur fonds propre. Ceci permet à l'hôpital d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population et rétablir un continuum de soins d'urgences médico chirurgicales.

Une réorganisation du système de référence et contre référence est en cours et coordonnée par un médecin de l'hôpital qui assure le lead de l'analyse trimestrielle des données et la restitution aux acteurs.

Quelques effets tangibles des réformes sont : l'amélioration du taux d'occupation des lits, l'augmentation du nombre des patients gérés désormais par l'hôpital de Comé alors que ceux-ci étaient référés soit au CHD Mono/Couffo ou à l'HZ de Lokossa/Athiémé.

Recommandations

Au coordonnateur du système de référence et de contre référence de l'hôpital de Comé

- Uniformisation des outils de RCR
- Sensibilisation des agents de santé sur le remplissage correct des outils de RCR
- Archivage des supports de RCR
- Sécurisation de la base de données du système de RCR
- Amélioration de la contre référence

A la Direction de l'PHZ de Comé

- Développement d'une collaboration étroite avec le CIPEC pour le fractionnement du sang
- Analyses semestrielles des données d'utilisation des services de l'hôpital
- Opérationnalisation du Projet d'Établissement Hospitalier
- Développement d'un plan de communication entre l'établissement et les populations
- Documentation et capitalisation des réformes en cours au niveau de l'hôpital de Comé

A la coordination de la ZS de Grand popo-Comè-Bopa-Houéyogbé

- Supervisions régulières du système de RCR dans la ZS
- Amélioration de la disponibilité des MEG dans les centres de santé

Références bibliographiques

- Rapport de l'évaluation à Mi-Parcours du PAZS Comè II, Décembre 2009
- Audit organisationnel et institutionnel des DDS et des ZS. AIMS, Septembre 2009. AIMS
- Annuaire statistique de santé 2011. DDS MC
- Projet d'Etablissement Hospitalier Comé, 2010. AIMS
- Evaluation de l'expérience de Guéné dans la réduction de la mortalité maternelle et néo natale au Bénin en 2008. Jean E. Kouassi

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Informations générales

- Personne interviewée _____
- Structure _____

Organisation (hôpital et services)

- Organisation des services (dispositifs mis en place dans les services pour améliorer la continuité et la permanence des services) ;
- Période de réorganisation des services
- Problèmes de plateau technique (compétence, équipements) ;
- Approches de solution ;
- Résultats obtenus ;

Gestion administrative

- Existence d'outils de gestion (manuel de procédures et autres outils),
- système de suivi et évaluation ;
- Gestion du matériel ;
- Capacité managériale des responsables.

Gestion du personnel

- Existence d'outils de gestion (description de poste, cahier de charges, Règlement intérieur, etc)
- procédure de recrutement ;
- Relation interpersonnelle (conflit entre les prestataires ; entre responsables et agents, etc.) ;
- approches de solution

Comptabilité et gestion

- Système de suivi de la comptabilité
- Tarification des prestations (prise en charge globale ou tarification par acte ?)
- Taux de recouvrement des recettes ; difficultés et solutions apportées
- Capacité de prise en charge des dépenses
- Taux d'exécution du budget
- Evolution du Budget depuis 2008

Contrôle de gestion:

- MEG (existence d'outils de gestion des stocks)
- Rythme de rupture de stock (médicaments et consommables médicaux)

- Accessibilité des populations aux médicaments (disponibilité et coût)

Gestion de information

- Dispositifs mis en place pour une communication efficace au sein de l'hôpital
- Dispositifs mis en place pour une communication efficace entre HZ et les autres formations sanitaires de la zone et du département (centre périphériques ; HZ de Lokossa ; CHD)
- Système de gestion des données statistiques (collecte et traitement)

Organes de co-gestion

- Fonctionnement et participation aux prises de décisions
- Relation interpersonnelle

Partage des expériences

- Système de référence et de contre référence : Efficacité du système
- Description de la gestion faite du système
- Perceptions des prestataires (responsables et agents) sur la fonctionnalité du système ; suggestions pour son amélioration
- Quelles expériences positives pouvez-vous partager avec d'autres HZ

Guide d'entretien avec les élus communaux

Informationsgénérales

- Personneinterviewée
- Structure
- Fonction

Perceptions sur les prestations de l'hôpital de zone de Comè

- Améliorations constatées et la période
- Degré de collaboration entre la Mairie et l'HZ (contribution des élus au bon fonctionnement des services de l'hôpital notamment le système de référence et de contre référence)

Suggestions et engagements

- Suggestions à l'endroit des différents acteurs pour une amélioration des services
- Engagements de la Mairie

Annexe 2 : Grille de collecte

Gestion des références et contre références

Informations générales

1. Structure concernée : -----
2. Service de _____
3. Fiche n° / _____ /
4. Responsable de la Collecte _____
5. Date de la référence / __ / __ / __ /

Identification

6. Les Initiales (ex, PARE René : P.R) _____
7. Age (an) / ____ /
8. Sexe : F / __ / M / __ /
9. Lieu de Résidence -----village/secteur _____ Arrondissement
_____ Commune _____

Conditions d'évacuation

10. Structure d'évacuation _____
11. Billet de référence & contre référence oui / __ / non / __ / N'existe pas / ____ /
12. Si oui N° de la référence et contre / ____ / / ____ / / ____ / Non rempli / ____ / Non prévu / ____ /
13. Qualification de l'agent qui réfère :
 - Responsable du dispensaire / __ / Responsable maternité / __ / Responsable d'unité / ____ /
Autre / __ / préciser _____ Pas Précisé / ____ /
14. Moyen d'évacuation
 - Ambulance / __ / Véhicule Taxi / ____ / zem / __ /
 - personnels / __ / préciser _____
15. Référence accompagnée par :
Agent qualifié / ____ / Agent Non qualifié / ____ / Non accompagné / ____ /
16. Date d'évacuation / __ / __ / __ /
17. Heure de décision de la RCR / ____ / / ____ / / ____ /
18. Heure de départ du Centre / ____ / / ____ / / ____ /

Gestion du cas

19. Motifs de RCR : Absence de médicament /___/ Pas de réponse aux traitements /___/
Problème de diagnostic /___/ Autres /___/ (à préciser)_____
20. Date de prise en charge /___/___/___/___/
21. Heure d'arrivée à l'HZ /___//___//___/
22. Heure de prise en charge /___//___//___/
23. Prise en charge sur place oui /___/ non /___/ non précisé /___/ si non en prise charge
pourquoi ? _____
24. Issue du cas
- guéri /___/
 - décès /___/
 - référence /___/
 - sortie sur demande /___/
 - évaison /___/
- Si référence dans un autre centre, préciser :
- HZ Lokossa /___/ CHD Lokossa /___/ CNHU Cotonou /___/ autre /___/
préciser _____
25. Diagnostic à la sortie : _____
26. Date de sortie /___//___//___/
27. Information sur contre référence Oui /___/ Non /___/

Annexe 3 : Liste des superviseurs et enquêteurs/trices

	Noms et Prénoms	Qualification	Site d'enquête
Superviseurs			
1	Dr.WinnocGoudjo	Médecin	
2	Mr Balo Serge	Chargé du suivi de la RCR HZ Comé	
Enqueteurs/trices			
1	GOUVI A. Wilfried	IDE	CHD_MONO
2	ABOBO Zita	SFE	CHD_MONO
3	SAGBO sylvestre	IDE	HZ_COME
4	HOUNTOHOTEGBE Sonia	SFE	HZ COME
5	AKOTEGNI ANNIE	IDE	HZ_LOKOSSA