

## Améliorer la qualité des soins aux patients tuberculeux par la recherche-action en réseau. Une expérience en Afrique de l'Ouest

Maxime Drabo<sup>1</sup>  
C. Dauby<sup>2</sup>  
J. Macq<sup>2</sup>  
I. Seck<sup>3</sup>  
E.M. Ouendo<sup>4</sup>  
I. Sani<sup>5</sup>  
A.K. Traoré<sup>6</sup>  
P. Kouamé<sup>7</sup>  
J.B. Ouedraogo<sup>1</sup>  
Bruno Dujardin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS),  
01 BP 545,  
Bobo Dioulasso  
Burkina Faso  
<m\_drabok@yahoo.fr>

<sup>2</sup> École de santé publique,  
Université libre de Bruxelles (ESP-ULB),  
CP597,  
808 Rte de Lennik,  
1070 Bruxelles  
Belgique

<sup>3</sup> Institut de santé et développement (Ised)  
BP16390,  
Dakar Fann  
Sénégal

<sup>4</sup> Institut régional de santé publique (IRSP),  
01BP 918,  
Cotonou  
Bénin

<sup>5</sup> Département de santé publique,  
Université de Niamey,  
BP 10896, Niamey  
Niger

<sup>6</sup> Centre national d'appui à la lutte  
contre la maladie (Cnam),  
BP251,  
Bamako  
Mali

<sup>7</sup> Programme national de lutte contre la  
tuberculose (PNT),  
BP 4,  
Abidjan  
Côte d'Ivoire

**Tirés à part :** K.M. Drabo

### Résumé

**Introduction :** face aux faibles performances des systèmes de la prise en charge des cas de tuberculose dans les pays en développement, la recherche-action peut contribuer à améliorer l'offre de soins aux patients tuberculeux. Une expérience pilote d'amélioration des performances des services de santé par la recherche-action en réseau a mis à contribution des équipes multidisciplinaires dans six pays d'Afrique de l'Ouest en 2003. **Méthodes :** les équipes de recherche étaient composées de prestataires de soins, de responsables de programme de lutte contre la tuberculose, de socioanthropologues et de responsables sanitaires. Chaque équipe a mis en œuvre son protocole de recherche et évalué les résultats obtenus. Les équipes ont testé des solutions au faible dépistage des tuberculeux (Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Niger), à la faible compliance des patients au traitement et aux taux élevés des malades perdus de vue (Bénin, Mali et Sénégal). **Résultats :** un an après, le niveau des résultats obtenus varie d'un pays à l'autre. Dans l'ensemble, les membres des équipes de recherche ont mieux compris l'étendue transnationale des problèmes de la prise en charge des patients tuberculeux et les avantages du travail en équipe pluridisciplinaire. Le processus recherche-action mené dans chaque pays leur a permis d'acquérir des notions théoriques suivies d'applications pratiques immédiates. Cependant, les multiples réunions ont souvent entraîné des absences répétées des prestataires à leurs postes de travail. **Conclusion :** l'identification et la prise en compte des attentes des patients et de leurs proches dans le domaine psychosocial auraient rendu plus efficace le processus d'amélioration de la prise en charge des patients tuberculeux. Une nouvelle dynamique de travail en équipe et en réseau mérite d'être poursuivie au regard des avantages que tous les participants ainsi que les systèmes de santé peuvent tirer.

**Mots clés :** accès aux soins, Afrique de l'Ouest, qualité des soins, recherche-action, réseau d'aide, tuberculose.

### Abstract

#### An action research network to improve the quality of tuberculosis care in West Africa

**Background:** Improvement in management systems for tuberculosis (TB) care is urgently needed in West Africa. In 2003, an experimental action research network began there, involving care providers, health system managers, and TB programme managers. Each project in all 6 countries used a "patient-centered" approach to improve tuberculosis case management. **Methods:** The research teams included care providers, district medical officers, anthropologists and TB programme managers. Each research team conducted its project for a one-year period and then assessed its results. The specific problems identified were low TB detection rates (Burkina Faso, Côte d'Ivoire and Niger) and poor compliance among patients receiving treatment, including their ensuing loss to follow-up (Benin, Mali and Senegal). Investigators concluded that these weaknesses were due to the lack of access to care (geographical, financial and cultural), the complexity of the care system and the low quality of care. **Solutions for all 6 countries aimed at improving access to high-quality care. Results:** One year after the experiment began, results varied from one country to another. In general, all participants understood the need to collaborate beyond national health systems because the problems from all 6 countries were quite similar. The research process led to better sharing of work between care providers and sometimes

between care providers and TB patients. It provided participants with new concepts and a constant opportunity to implement them. These repeated meetings, however, keep care providers away from their offices. *Conclusion:* The research would have improved case management and care more effectively had the teams taken into account the psychological and sociological need of TB patients. A new regional dynamic has begun and must be pursued to help improve health care systems.

**Key words:** access to care, action research, healthcare quality, help network, tuberculosis, West Africa.

En 2002, et après 10 ans de mise en œuvre de la stratégie « *Directly observed treatment short* » (DOTS), les rapports de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont montré que les progrès demeuraient très lents et faibles dans la plupart des pays présentant des taux élevés de tuberculose [1]. La recherche-action apparaît comme un outil pouvant apporter des changements positifs aux performances des acteurs de la prise en charge des malades tuberculeux [2, 3]. En 2003, l'École de santé publique de l'université libre de Bruxelles a organisé en partenariat avec des institutions de recherche de six pays francophones d'Afrique de l'Ouest une expérience pilote d'amélioration des performances des services de santé par la recherche-action en réseau. Le thème de référence était « L'approche centrée sur le patient tuberculeux : une stratégie pour l'amélioration continue de la qualité des soins et de l'organisation des services de santé »<sup>1</sup>. Ce processus de recherche-action en réseau permettrait aux participants d'identifier et de mettre en place des solutions concrètes aux problèmes couramment rencontrés, en recentrant la qualité des soins sur les attentes, les besoins et les caractéristiques des patients [4]. Le présent travail restitue les résultats obtenus après un an de mise en œuvre.

## Matériel et méthode

Il s'est agi d'un processus de recherche-action en réseau, basé sur l'échange d'expériences et l'acquisition de nouvelles compétences. Destiné aux prestataires de soins (médecins, infirmiers, laborantins...), aux gestionnaires des systèmes

locaux de santé, aux responsables des programmes de contrôle de la tuberculose et aux chercheurs des institutions académiques, ce processus de recherche-action s'est déroulé simultanément au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Mali, au Niger et au Sénégal de janvier à décembre 2003. Dans chaque pays, une équipe multidisciplinaire de recherche a été mise en place, dont les membres ont été officiellement désignés par les responsables des institutions impliquées après le consentement des intéressés. Le processus de mise en place de la recherche-action en réseau a comporté cinq étapes (figure 1) :

1. La préparation du projet de recherche-action dans chaque pays ;
2. La finalisation des esquisses de protocole de recherche lors d'un séminaire regroupant tous les membres des équipes de recherche des 6 pays à Ouidha (Bénin) ;
3. La mise en œuvre du projet de recherche et suivi des activités dans chaque pays ;
4. L'évaluation finale du projet par les équipes locales de recherche ;
5. La restitution des résultats lors d'un séminaire regroupant tous les membres des équipes de recherche des 6 pays à Bobo Dioulasso (Burkina Faso).

La collecte des informations a été réalisée de la manière suivante (figure 2) :

- une revue documentaire pour la formulation des projets et pour les résultats obtenus après une année de mise en œuvre (documents contenant la formulation complète des projets de recherche, rapports mensuels et annuels d'activités de chaque équipe de recherche) ;
- une interview individuelle à l'aide d'un questionnaire semi-structuré, auto administré pour chaque membre des équipes de recherche a été réalisée en décembre 2003.

Les informations collectées ont concerné les perceptions individuelles à propos des aspects novateurs, des effets bénéfi-

ques et pervers, et des acquisitions de compétences tout au long du processus de recherche-action.

L'analyse du contenu des différents protocoles de recherche formulés a intéressé le problème central retenu, la ou les stratégie(s) de résolution, le(s) sites de mise en œuvre et les acteurs impliqués dans le processus de recherche-action. Les résultats après une année de mise en œuvre ont été analysés en rapport avec les objectifs fixés par chaque équipe de recherche.

Le test de  $\chi^2$  de Mantel-Henzel ou de Yates selon les situations statistiques a été utilisé pour la comparaison des proportions avec un seuil de signification  $\alpha$  de 5 %.

## Résultats

### Profil des membres des équipes de recherche-action dans les 6 pays

Sur l'ensemble des 64 membres des équipes de recherche, on dénombrait 25 infirmiers prestataires de soins (39 %), 9 médecins responsables sanitaires<sup>2</sup> (14 %), 8 responsables de programme de lutte contre la tuberculose (12,5 %), 6 chercheurs (9,4 %), 6 agents de la coopération bilatérale (9,4 %), 5 techniciens de laboratoires (8 %) et 3 socioanthropologues (4,6 %).

### Description des projets de recherche

Les différentes équipes des pays ont analysé les données des Centres de diagnos-

<sup>1</sup> Pour des informations précises relatives au projet FORESA, consulter le site spécifique suivant: <http://www.ulb.ac.be/esp/psd/foresa>.

<sup>2</sup> Il s'agit: du médecin-chef de district pour le Burkina Faso, le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Niger; et du médecin-chef de cercle sanitaire pour le Mali, et de zone sanitaire pour le Bénin.

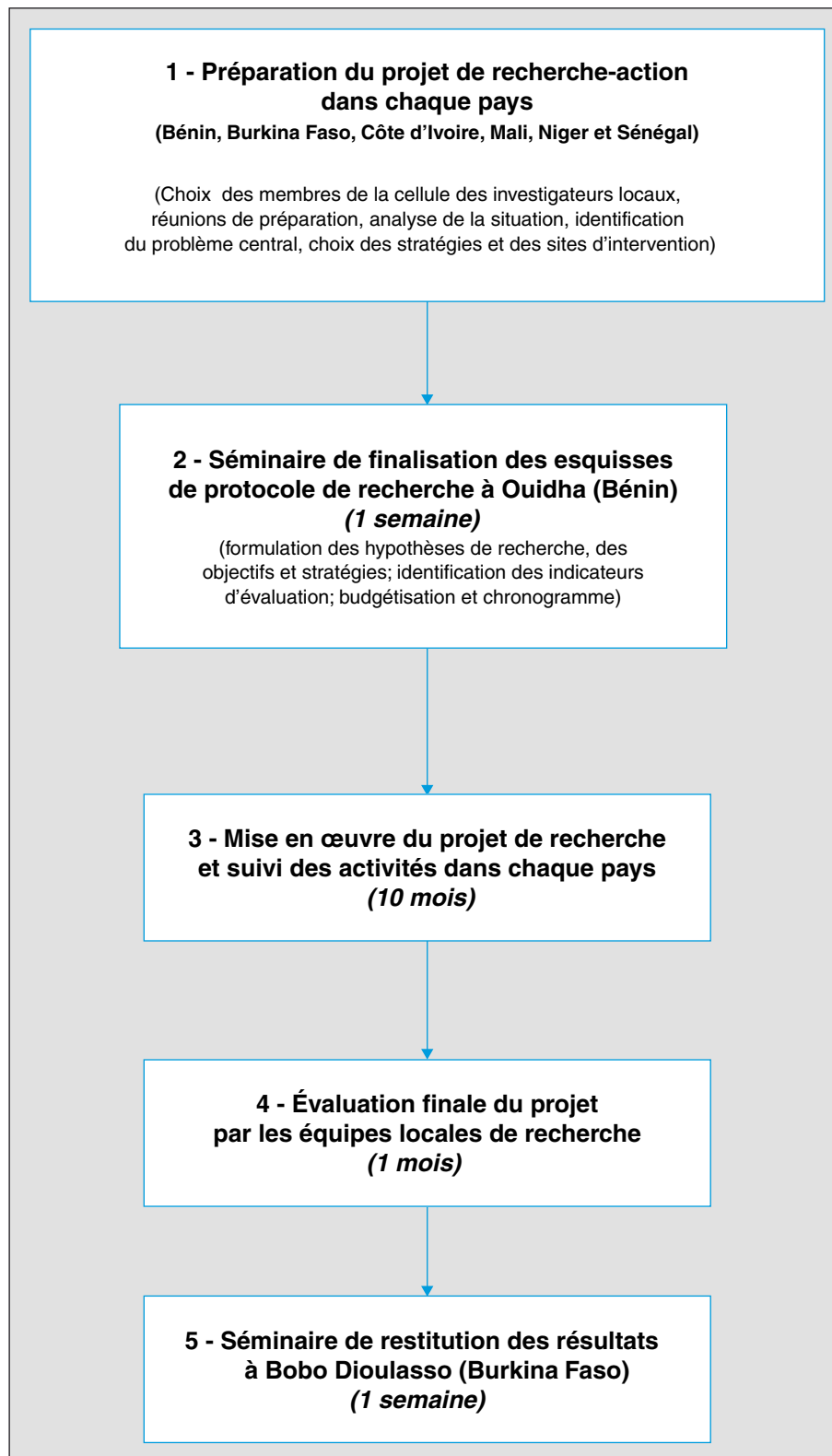


**Figure 1.** Schéma des étapes de la mise en place du processus de recherche-action en réseau.

**Figure 1.** Main steps for the set up of the action research network in West Africa.

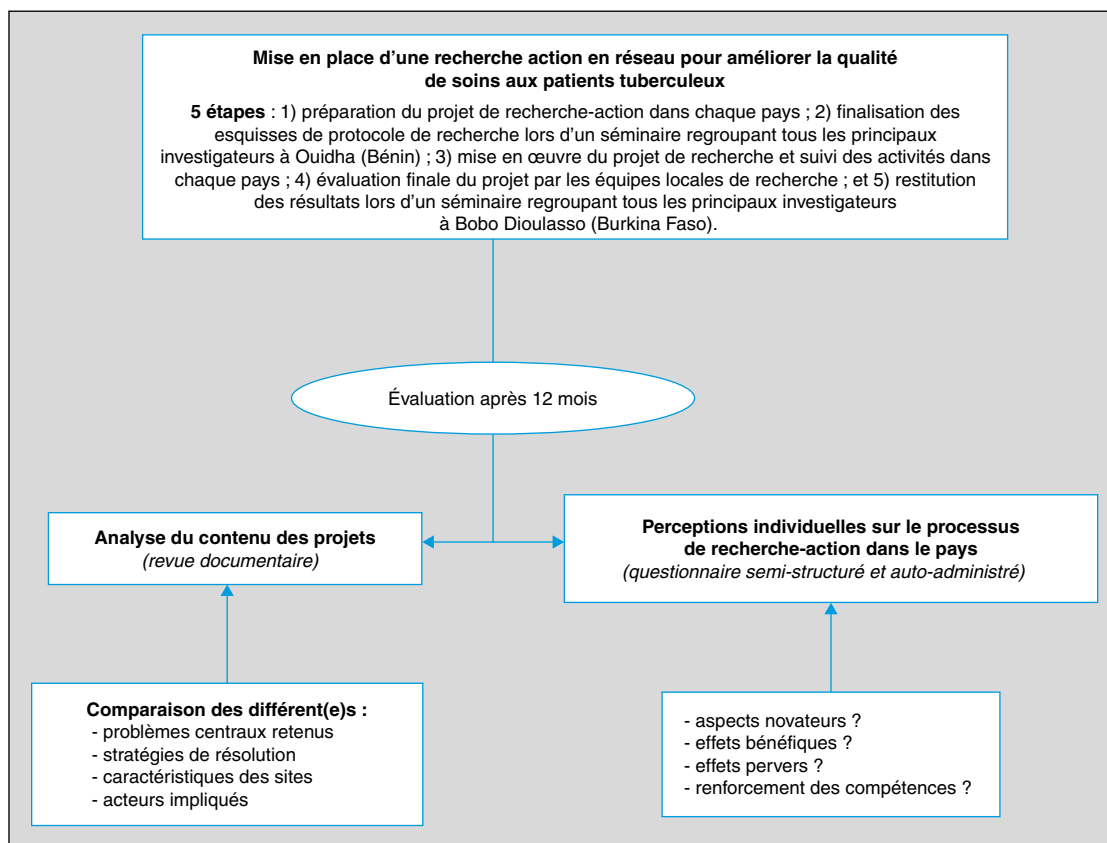


**Figure 2.** Cadre de référence de l'analyse des résultats de la recherche-action en réseau.

**Figure 2.** Data analysis framework.

tic et de traitement de la tuberculose (CDT) de l'année 2002. Ensuite, chacune d'elles a identifié un problème central à résoudre. Il s'agissait du faible taux de dépistage des tuberculeux, avec 20 à 22 % des cas attendus au Burkina Faso et 27 % au Niger. En Côte d'Ivoire, la référence était en cause avec seulement 41 % des cas suspects de tuberculose référés qui arrivaient au CDT. Les problèmes d'observance du traitement préoccupaient trois autres pays, dont le Bénin où 25 % des patients avaient perdu tout contact avec les prestataires en charge du traitement, le Mali où de 18 à 38 % des malades selon les sites n'observaient pas correctement le traitement et le Sénégal où 27 % des patients avaient abandonné le traitement antituberculeux. Les causes probables des problèmes centraux étaient similaires pour l'ensemble des 6 pays. Il s'agissait de la faible accessibilité (géographique, financière et culturelle) des services chargés du dépistage et de la prise en charge thérapeutique, de la faible qualité techni-

que et humaine<sup>3</sup> des soins, et de la complexité du circuit des cas suspects pour obtenir le diagnostic de confirmation et les médicaments antituberculeux. Les stratégies de résolution des problèmes variaient selon les équipes ; cependant, toutes visaient à améliorer l'accessibilité géographique des services et/ou à renforcer la qualité technique et humaine des soins aux patients tuberculeux. Il s'agissait de la décentralisation du diagnostic et du traitement de la tuberculose vers les centres de santé périphériques (Bénin, Burkina Faso et Sénégal) et l'amélioration de la communication entre les prestataires et les patients (Bénin, Côte d'Ivoire, Niger et Sénégal). L'équipe du Mali a opté de rechercher les raisons de la mauvaise observance du traitement par les tuberculeux. Toutes les équipes ont retenu les

<sup>3</sup> La qualité technique des soins concerne leur globalité, leur intégration et leur continuité ; la qualité humaine des soins concerne l'empathie pour le patient et le respect de sa dignité.

centres de santé de premier contact (centres de santé périphériques) et les CDT comme sites de mise en œuvre des stratégies pour la résolution des problèmes centraux (tableau 1).

## Les résultats obtenus dans chaque pays

Les évolutions statistiquement significatives ont été obtenues au Bénin (une réduction de la proportion des patients en traitement qui ont perdu tout contact avec les prestataires, passant de 25 à 13 %) et en Côte d'Ivoire (une amélioration de la proportion de touseurs suspects référés qui sont effectivement arrivés au CDT, passant de 41 à 100 %). Les équipes de recherche dans ces deux pays ont travaillé à améliorer les relations entre les prestataires d'une part et de l'autre entre les prestataires et les patients. Dans trois autres pays, les évolutions n'ont pas été statistiquement significatives : pour le

**Tableau 1. Description des projets de recherche-action mis en œuvre dans les 6 pays.**

Table 1. Summary of the research projects set up in six countries of West Africa.

| Pays          | Problème central                                                                                                                                                               | Stratégies de résolution                                                                                                                                                                                                                                        | Sites d'intervention                                                                            |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bénin         | En 2002, 25 % (27/108) des malades tuberculeux en traitement au niveau de 2 centres de diagnostic et de traitement (CDT) ont perdu tout contact avec les prestataires de soins | - Mettre en œuvre un mécanisme de suivi des patients en tenant compte de leurs préoccupations<br>- Réaliser des visites régulières aux domiciles des malades en traitement                                                                                      | CDT de BOPA et COME                                                                             |
| Burkina Faso  | En 2002, le taux de détection des tuberculeux parmi les touseurs suspects référés de 8 centres de santé est faible (32,25 %; 10 cas confirmés/31 cas suspects)                 | Décentraliser la collecte des échantillons de crachat et le traitement de la tuberculose de l'hôpital de district vers les centres de santé de premier contact. Les prélèvements sont acheminés vers le laboratoire de l'hôpital pour l'examen à microscopique. | 8 centres de santé de premier contact pour l'expérience                                         |
| Côte d'Ivoire | En 2002, 41 % (9/22) des cas suspects référés par le centre de santé urbain arrivent au CDT de Dioulakro, situé seulement à 3 km                                               | - Réorganiser le circuit du patient tuberculeux<br>- Améliorer la communication entre les prestataires des 2 centres et entre les prestataires et les patients                                                                                                  | Dispensaire urbain et CDT de Dioulakro                                                          |
| Mali          | En 2002, les malades pris en charge dans les CDT de Kita 38,5 % (10/26) et de Yanfolila 18,18 % (4/22) n'observent pas correctement le traitement.                             | Rechercher les raisons de la mauvaise observance du traitement                                                                                                                                                                                                  | Centres de santé périphériques (CSCOM) de Kita et de Yanfolila                                  |
| Niger         | En 2002, le dépistage des tuberculeux dans les centres de santé de Kawara, Tanda et Sia est faible : 27 % (10 cas/37 touseurs suspects)                                        | - Former et superviser régulièrement les prestataires<br>- Améliorer la communication entre les prestataires et les patients                                                                                                                                    | 3 centres de santé intégrés de Kawara, Tanda et Sia                                             |
| Sénégal       | En 2002, 27 % (6/22) des patients tuberculeux ont abandonné le traitement au niveau du CDT de Foundiougne                                                                      | - Instaurer des visites aux domiciles des patients<br>- Décentraliser les prélèvements des crachats au niveau des postes de santé<br>- Rechercher activement les malades perdus de vue                                                                          | 2 centres de santé (Kasnack, et Foundiougne) et 3 postes de santé (Ndoffane, Passy et Diossong) |

Sénégal, la mise en place d'un système de recherche des perdus de vue n'a pas permis de réduire significativement les proportions de patients en traitement qui ont perdu tout contact avec les prestataires ; les taux de dépistage des cas de tuberculose n'ont pas significativement progressé au Burkina Faso, malgré la décentralisation de la collecte des crachats et la réduction des distances pour les malades, et malgré la formation et la supervision des prestataires au Niger. Pour l'équipe du Mali, les raisons de la non-observance du traitement antituberculeux ont été le refus des formes injectables, la longue durée du traitement et les problèmes d'accessibilité géographique des services d'offre de soins (tableau 2).

### Aspects novateurs perçus par les membres des équipes de recherche

Pour 81,3 % des membres (52/64), le caractère régional de la formation leur a permis de comprendre l'étendue transnationale des problèmes rencontrés au cours de la prise en charge des patients tuberculeux et la nécessité (au regard des causes) d'une complémentarité entre les acteurs (infirmiers, techniciens de laboratoire, patients et leur entourage) pour les résoudre. L'implication d'acteurs travaillant à différents échelons du système de santé, aux étapes du processus (définition des priorités et du projet de recherche-action, mise en place de l'inter-

vention et son évaluation...) a favorisé le travail en équipe pour 40,6 % des membres (26/64) ; mais pour 35,9 % d'entre eux (23/64), ce facteur a plus contribué à la lenteur et la lourdeur du processus de mise en œuvre des stratégies correctrices. Pour 63 % (29/46) des interviewés, le partage des responsabilités au cours du processus a été plus visible entre les techniciens de laboratoire et les infirmiers dans le cadre de la détection des cas ainsi que celui du suivi thérapeutique au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Niger et au Sénégal. En revanche, dans le cadre de l'amélioration des relations entre soignants et soignés au Bénin, en Côte d'Ivoire et au Niger, le partage de responsabilités entre les prestataires de soins et

**Tableau 2. Description des résultats obtenus dans les 6 pays.**

Table 2. Summary of the research outputs in six countries of West Africa.

| Sites                                                                                               | Évolution des insuffisances                                                                                             |                                                                                                                                                                                            | Facteurs clés associés à l'évolution des insuffisances selon les investigateurs                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | <i>Avant la mise en œuvre des actions correctrices (2002)</i>                                                           | <i>Après 1 année de mise en œuvre des actions correctrices (2003)</i>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                   |
| Bénin<br>(les CDT de BOPA et COME)                                                                  | 25 % (27/108) des tuberculeux en traitement ont perdu tout contact avec le personnel soignant                           | 13 % (25/193) des tuberculeux en traitement ont perdu tout contact avec le personnel soignant<br>Réduction significative de cette insuffisance ( $p < 1/1\ 000$ )                          | Amélioration des relations entre le personnel soignant et les patients en traitement                                                                                                              |
| Burkina Faso<br>(8 Centres de santé de premier contact des districts sanitaires de Kaya et Ziniaré) | La détection des tuberculeux est faible (10 cas confirmés/31 cas suspects)                                              | Le nombre de tousseurs chroniques suspects identifiés a augmenté (31 cas en 2002 et 169 cas en 2003)<br>La détection des tuberculeux est restée faible (11 cas confirmés/169 cas suspects) | Réduction significative des distances pour le diagnostic et le traitement des cas (exemple de 350 km à 50 km)<br>Cependant accroissement des faux tousseurs chroniques                            |
| Côte d'Ivoire<br>(le centre de santé de la ville de Dioulakro)                                      | 41 % (9/22) des cas suspects référés par le centre de santé urbain arrivent au CDT de Dioulakro, situé seulement à 3 km | 100 % (35/35) des patients référés sont arrivés effectivement au CDT ( $p < 1/1\ 000$ )                                                                                                    | Meilleure communication entre les prestataires des 2 centres et entre les prestataires du centre urbain et les patients                                                                           |
| Mali<br>(les CDT de Kita et Yanfolila)                                                              | 38,5 % des tuberculeux à Kita (10/26) et 31,81 % à Yanfolila (7/22) n'observent pas correctement le traitement          | Évaluation non réalisée car l'objectif de la recherche était la compréhension des problèmes liés à l'observance du traitement antituberculeux                                              | Refus des injections et du nombre élevé de comprimés<br>Problèmes de locomotion rencontrés par les malades qui résident loin du CDT<br>Difficultés pour le malade d'avoir un logeur proche du CDT |
| Niger<br>(les centres de santé de Kawara, Tanda et Sia)                                             | Le dépistage des tuberculeux dans les centres de santé de Kawara, Tanda et Sia est faible: 27% (10 cas/37 cas suspects) | Ce dépistage n'a pas significativement progressé: 38% (14/37). ( $p > 0,05$ )                                                                                                              | Faible amélioration de la communication entre les prestataires et les patients malgré la formation et la supervision                                                                              |
| Sénégal<br>(le CDT de Foundioune)                                                                   | 27 % (6/22) des patients tuberculeux ont abandonné le traitement au niveau du CDT de Foundioune                         | 4 % (1/27) des patients tuberculeux ont abandonné le traitement au niveau du CDT de Foundioune. ( $p > 0,05$ )                                                                             | Mise en place d'un système de recherche des patients perdus de vue<br>Réalisation des visites aux domiciles des patients en traitement                                                            |

les patients est souvent resté marginal pour 56,4 % (22/39). En outre, pour 62,5 % (40/64), l'élan de solidarité et de complémentarité entre les membres des équipes de recherche s'est émoussé au bout de six mois.

### Effets bénéfiques induits selon les membres des équipes de recherche

La collecte des données de base (pour réaliser l'analyse de la situation de départ)

a permis aux différents acteurs de découvrir l'ampleur des insuffisances de leur propre système d'offre de soins pour 67,2 % (43/64) des enquêtés dont 67,7 % (29/43) ont affirmé que cette analyse de la situation a surtout permis d'identifier des

causes souvent insoupçonnées aux problèmes centraux.

## **Effets pervers induits selon les membres des équipes de recherche**

Les multiples réunions pour mettre en place les activités ont souvent conduit aux absences répétées des prestataires à leurs postes de travail selon 76,5 % (49/64) des enquêtés. Le concept « approche centrée sur le patient » a perdu toute sa signification au fil des mois pour 59,4 % (38/64), au point que toute activité organisée dans le cadre de la recherche-action devenait « une activité centrée sur le patient ». On peut citer en exemple : le diagnostic centré sur le patient, le traitement centré sur le patient, la formation des prestataires centrée sur le patient...

## **Acquisition de nouvelles compétences au cours du processus selon les membres des équipes de recherche**

Le processus recherche-action mené dans chaque pays a permis d'acquérir des notions théoriques suivies d'applications pratiques immédiates : obtention d'une alliance thérapeutique à travers un dialogue avec le malade sur ses conditions de vie pour 79,6 % (43/54) ; offre de soutien psychologique à travers les visites à domicile pour 67,9 % (36/53). Ce processus a également favorisé la mise à jour des supports technico-pédagogiques (matériel d'IEC, modules de formation, fiches de référence/contre référence...) proposés par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose, pour 64 % (41/64).

## **Discussion**

### **Pertinence des problèmes identifiés et des stratégies proposées**

En matière de contrôle de la tuberculose dans les pays en développement, les problèmes de dépistage et de traitement sont prioritaires, et les réponses à donner représentent une urgence à cause des implications épidémiologiques induites

[5]. Les solutions proposées au cours du processus de recherche-action sont presque similaires, et touchent essentiellement la décentralisation du diagnostic, la simplification du circuit du patient et un meilleur suivi des cas au cours du traitement (*tableau 1*). Les stratégies de mise en œuvre des solutions sont spécifiques à chaque contexte et pertinentes [6], sachant que les tentatives de simplifier le diagnostic de la tuberculose ont donné jusque-là peu de résultats [7]. Une bonne qualité et une accessibilité du diagnostic et du traitement de la tuberculose sont indispensables pour accroître le dépistage et la compliance des tuberculeux sous traitement [3, 8]. On peut cependant regretter que le volet psychosocial du problème posé par la tuberculose ait été faiblement abordé dans une approche centrée sur le patient tuberculeux, qui recentre la qualité des soins et le fonctionnement des services de santé sur ses besoins et ses attentes. En effet, les préoccupations du patient, de sa famille et de son entourage n'ont pas été systématiquement recherchées et prises en compte dans la mise en place des stratégies d'intervention.

### **Les processus de résolution des problèmes identifiés ont-ils permis d'améliorer les résultats de la prise en charge des cas de tuberculose dans les six pays ?**

Un an après, le niveau des résultats obtenus varie d'un pays à l'autre. Les performances ont été significativement améliorées là où les équipes se sont attaquées au problème des patients qui perdent à un moment donné le contact avec les prestataires (Bénin et Côte d'Ivoire), exception faite de Fouta-Dioula au Sénégal. Il s'agit de centres de santé couvrant des aires d'attraction relativement faible (Bopa et Comé au Bénin, et Dioulakro en Côte d'Ivoire) où la recherche des patients perdus de vue pourrait être plus aisée qu'au centre de Fouta-Dioula qui a une aire d'attraction plus grande. Tous les pays qui se sont attaqués au problème du faible dépistage des cas n'ont pas eu des résultats probants au bout d'une année. Il s'agit du Burkina Faso (CS de Kaya et Ziniaré) et le Niger (CS de Kawara, Tanda et Sia) où des stratégies d'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité des services ont été mises en œuvre.

En ce qui concerne les efforts d'amélioration de la qualité des soins, ils reposent essentiellement sur le renforcement du dialogue entre les prestataires et les patients. En effet, des supports ont été utilisés pour faciliter la communication avec les patients (*check-list* pour l'entretien de mise en traitement), le suivi des patients (fiche de référence et de contre référence) et l'utilisation des services par les patients (anagrammes informatifs, affiches...). Mais, ils ont parfois rendu rigides et mécanisés les rapports entre les prestataires et les patients en laissant peu de place à l'improvisation et donc à l'écoute et à la compréhension réelle des préoccupations des patients.

En ce qui concerne les efforts réalisés pour rapprocher les soins des patients, la motivation des patients à recourir aux CS dépend des alternatives de soins en présence, de l'existence de charges financières supplémentaires et des distances à parcourir pour y arriver [3]. Néanmoins, trois facteurs pourraient isolément ou ensemble expliquer les résultats peu satisfaisants :

- une surestimation du nombre de cas attendus qui concorde avec les faibles taux de dépistage en général dans ces deux pays ;
- le délai de 12 mois pourrait se révéler court pour que l'on puisse observer des résultats tangibles ;
- enfin le fait que les patients tuberculeux n'arrivent pas en contact avec les services de santé (et ne peuvent donc pas être identifiés comme touseurs chroniques).

### **Facteurs ayant influencé la réussite des interventions**

Ils sont contextuels et présentent des traits communs entre les différents pays. Les réalités locales ont influencé l'interprétation du contenu du concept (*tableau 1*, colonne « stratégie de résolution »). L'intérêt des équipes de recherche s'est plus focalisé sur l'environnement de travail des prestataires (continuité des soins et réduction des barrières à l'accessibilité) que sur les perceptions, les pratiques et le milieu de vie des patients. La perte au fil du temps de l'essence du concept d'« approche centrée sur le patient » par les acteurs les a éloignés du questionnement permanent de leur pratique quotidienne et réduit progressivement l'esprit de la responsabilité collective devant les insuffisances et l'esprit du devoir de solidarité face aux actions correctrices. La mise en pratique du concept

« Approche centrée sur le patient tuberculeux » nécessite que tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des cas comprennent et s'intéressent aux patients tuberculeux et à leurs problèmes [9], au lieu de penser et de répondre en termes de maladie et de pathologie. À l'exception du Mali (CDT de Kita et Yanfolila) aucune équipe de recherche ne s'est intéressée aux perceptions des patients en rapport avec l'offre de soins. Pour être efficace, la recherche-action en santé doit nécessairement impliquer les bénéficiaires des actions de santé [10].

## Pourquoi une approche de recherche-action en réseau peut-elle contribuer à améliorer les performances des systèmes de santé ?

Les résultats de nombreux projets d'amélioration du fonctionnement des systèmes de santé n'ont pas toujours été probants [11], car souvent définis par les bailleurs de fonds et les responsables nationaux, sans réelle discussion ni appropriation par les acteurs de terrain. Cette négligence peut induire une perte de l'estime de soi menant à la démotivation de ces acteurs de terrain. Les institutions spécialisées nationales ou régionales qui pourraient apporter leurs contributions à la pérennité desdits projets sont rarement sollicitées [12]. C'est pourquoi Brugha *et al.* plaident pour une collaboration et une coordination des acteurs impliqués dans les programmes verticaux, dans les soins de santé polyvalents et dans la recherche en santé [13], ce qu'a permis le processus de recherche-action en réseau. Malgré les enjeux sanitaires similaires dans les différents pays d'Afrique francophone, les processus de mise en place des projets sont rarement documentés et les expériences (réussites, mais aussi échecs) sont peu partagées. Or, « l'importance de se concentrer sur la définition d'une intervention et sur sa mise en place,

tout autant que sur l'évaluation des résultats, afin de mieux comprendre les déterminants de réussite ou d'échec de façon à répliquer les interventions réussies » a déjà été soulignée (« *King's fund* », cité par Bradley) [14]. Lorsqu'ils sont documentés, le processus et les résultats des projets ne sont pas toujours connus par les décideurs politiques, ni utilisés par les acteurs du terrain [15]. Enfin, les acteurs sociosanitaires trouvent dans la recherche-action l'opportunité d'analyser leur pratique quotidienne et d'en corriger les insuffisances. Ce processus, favorise l'auto-apprentissage et améliore les compétences des participants.

## Conclusion

Des équipes composées d'acteurs travaillant à différents niveaux du système de santé provenant de 6 pays d'Afrique francophone ont travaillé en réseau pendant un an à la résolution de problèmes rencontrés au cours de l'offre de soins aux patients tuberculeux. La dimension biomédicale a prévalu tout au long du processus aux dépens de la dimension psychosociale du problème causé par la tuberculose. L'identification et la prise en compte des attentes des patients et de leurs proches dans le domaine psychosocial auraient rendu plus efficace le processus d'amélioration de la prise en charge des patients tuberculeux. Au-delà des résultats obtenus et des expériences partagées, une nouvelle dynamique de travail en équipe et en réseau a été impulsée. Elle mérite d'être poursuivie au regard des avantages que tous les participants ainsi que les systèmes de santé peuvent tirer ■

## Références

1. World Health Organization (WHO). *Report of the Ad hoc-Committee on the tuberculosis epidemic. WHO/TB/98.245. 1998.* Geneva : WHO, 1998.

2. Harries AD. Integration of operational research into National Tuberculosis Control Programmes. *Tuberculosis (Edinb)* 2003 ; 83 : 143-7.

3. Needham DM, Bowman D, Foster SD, Godfrey-Faussett P. Patient care seeking barriers and tuberculosis programme reform : a qualitative study. *Health Policy* 2004 ; 67 : 93-106.

4. Hedoux J. Sciences humaines, pratiques de formation et praticiens, des rapports complexes ; les recherches-actions de type stratégique comme orientation féconde. *Cahier du CUEEP (Lille)* 1994 ; 1 : 5-55.

5. Nunn P, Harries A, Godfrey-Faussett P, Gupta R, Maher D, Raviglione M. The research agenda for improving health policy, systems performance, and service delivery for tuberculosis control : a WHO perspective. *Bull World Health Organ* 2002 ; 80 : 471-6.

6. Harries AD, Kamenya, Namarika D, *et al.* Delays in diagnostic and treatment of smear-positive tuberculosis and the incidence of tuberculosis in hospital nurses, Blantyre, Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997 ; 91 : 15-7.

7. Perkins MD. New diagnosis tools for tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000 ; 4 (12 Suppl 2) : S182-8.

8. Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. Patient and health service delay in the diagnosis of pulmonary tuberculosis in Ethiopia. *BMC Public Health* 2002 ; 25 : 2-23.

9. Henbest RJ, Fehrser GS. Patient centredness : Is it applicable outside the West? Its measurement and effects on outcome. *Fam Pract* 1992 ; 9 : 311-7.

10. Ramsden VR, Cave AJ. Participatory methods to facilitate research. [Hypothesis : The Research Page]. *Can Fam Physician* 2002 ; 48 : 548-9.

11. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries : the central role of policy analysis. *Health Policy Plan* 1994 ; 9 : 353-70.

12. Dujardin B. *Politiques de santé et attentes des patients : vers un nouveau dialogue.* Paris : éditions Charles Léopold Mayer ; Karthala, 2003.

13. Brugha R, Starling M, Walt G. GAVI, the first steps : lessons for the Global Fund. *Lancet* 2002 ; 359 : 435-8.

14. Bradley F, Wiles R, Kinmonth AL, Mant D, Gantley M. Development and evaluation of complex interventions in health services research : case study of the Southampton heart integrated care project (SHIP). The SHIP Collaborative Group. *BMJ* 1999 ; 318 : 711-5.

15. Naudet JD. *Trouver des problèmes aux solutions : vingt ans d'aide au Sahel.* Paris : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 1999.