

Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR) : appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal

Improving malaria management through Rapid Diagnostic Tests: appropriation by providers communities (Sénégal)

S.L. Faye

Reçu le 5 août 2011 ; accepté le 24 janvier 2012

© Société de pathologie exotique et Springer-Verlag France 2012

Résumé Introduits dans les services de santé publique au Sénégal depuis 2007, les tests de diagnostic rapide (TDR) sont une nouvelle possibilité technique pour le diagnostic clinique du paludisme. Nous analysons la manière dont les différentes catégories de soignants, qui en sont les prestataires, se l'approprient dans leurs pratiques professionnelles. De même, nous documentons, à partir de l'analyse de leurs demandes de soins, les attitudes des bénéficiaires face aux TDR. Les résultats montrent des usages décalés de cet outil par rapport aux recommandations. Les TDR ont une utilité épidémiologique reconnue. En revanche, leur intégration positive requiert un changement de comportements que les soignants et les bénéficiaires ne sont pas toujours prêts à assumer. En effet, l'architecture, les conditions de travail, les demandes de soins influencent les modes d'appropriation de cette innovation technique.

Mots clés Tests de diagnostic rapide · Paludisme · Appropriation · Usages · Rufisque · Khombole · Sénégal · Afrique intertropicale

Abstract Introduced in the public health services in Senegal since 2007, Rapid Diagnostic Tests (RDTs) are a new technical opportunity for clinical diagnosis of malaria. We analyze how different categories of caregivers, who are the providers, assume appropriation of their professional practices. Similarly, we document, from the analysis of their application for care, attitudes of recipients towards RDTs. The results show a time lag between the uses of this tool and the recommendations. RDTs have a recognized epidemiological usefulness. However, their positive integration

requires a change in behaviors that caregivers and recipients are not always willing to assume. Indeed, the architecture, working conditions and applications for care influence the modes of appropriation of this technical innovation.

Keywords Rapid Diagnostic Test · Malaria · Appropriation · Uses · Rufisque · Khombole · Senegal · Sub-Saharan Africa

Contexte et questions de recherche

En raison de la résistance de *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques traditionnels (chloroquine, sulfadoxine/pyriméthamine) [22], l'OMS a recommandé l'abandon des monothérapies et l'usage des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (ACT). Déjà utilisées en 1999 à Ousouye (Casamance), Adjuik et al [1] ont testé l'efficacité et la tolérance des ACT en comparant l'amodiaquine-artésunate à l'amodiaquine pour le traitement du paludisme simple chez les enfants), elles ont été officiellement adoptées au Sénégal, en 2006. Par ailleurs, le diagnostic biologique du paludisme a habituellement reposé sur la mise en évidence du parasite par la goutte épaisse. Or, dans ce pays, les cas de paludisme ont été peu confirmés biologiquement par cette technique (12,7% en 2006) à cause de la faible disponibilité de microscopes ou de techniciens qualifiés dans les services de santé, surtout en zone rurale [4]. Cela a obligé les infirmiers chefs de poste (ICP) à considérer tous les cas de fièvre comme du paludisme. Cette situation a conduit à une surestimation de l'incidence réelle de la maladie et à une prescription exagérée de la chloroquine [21,22].

En 2004, l'OMS a recommandé l'utilisation des tests de diagnostic rapide (TDR) afin d'améliorer la qualité du diagnostic [12]. Ce sont des tests biologiques de détection rapide d'antigènes, qui utilisent une goutte de sang prélevée au bout

S.L. Faye (✉)
Département de sociologie, FSLH UCAD, Dakar, Sénégal
e-mail : sylvain.faye@ucad.edu.sn

du doigt et étalée sur une bandelette. Ils donnent le résultat du diagnostic au bout de 10 à 15 minutes. Ils sont simples et rapides à réaliser, ne nécessitent aucun appareillage et sont faciles à interpréter. Si ces outils sont une opportunité pour les services de santé qui manquent de matériels de microscopie, ils ne doivent toutefois pas se substituer aux techniques de référence que sont le frottis et la goutte épaisse (dans les structures de soins où ils sont disponibles).

Munier et al [16] ont montré que 43 % des patients diagnostiqués paludéens, par présomption, présentaient un TDR négatif. De même, le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) a constaté en 2006, que moins de 20 % des cas de paludisme rapportés par les services de santé étaient confirmés par les TDR [21]. L'usage de ces outils améliore la mesure de l'incidence de la maladie et les statistiques sanitaires nécessaires pour éclairer la décision politique [17]. Ces outils sont aussi recommandés pour rationaliser la prescription des ACT et empêcher l'émergence d'une résistance du parasite [16]. Toutes ces raisons ont conduit le Ministère de la santé et de la prévention médicale (MSPM) et le PNLP à, d'abord, tester leur faisabilité dans les services de santé, avant de les introduire, en 2007, dans la politique officielle de prise en charge du paludisme. En 2006, le PNLP du Sénégal a bénéficié d'une dotation de 150 000 TDR (ParaCheck[®]) et a décidé de faire une étude pilote avant son introduction à grande échelle. C'est ainsi que cette recherche opérationnelle sur la faisabilité de l'utilisation de ces TDR dans la prise en charge du paludisme a été confiée au Service de parasitologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar.

Cette enquête de faisabilité s'est déroulée au niveau des sites sentinelles de surveillance du PNLP, choisis en tenant compte des faciès épidémiologiques de la transmission du paludisme (nord, centre, sud, ouest) [12]. La mesure de la qualité des TDR ParaCheck[®] a indiqué une bonne sensibilité (99,58 %) et une excellente spécificité (99,98 %) dans des conditions réelles d'utilisation, c'est-à-dire par les techniciens de laboratoire. Les résultats ont aussi révélé que les personnels des centres de santé, mieux formés, étaient moins observant que ceux des postes de santé et peu réceptifs au changement. La connaissance des normes officielles des TDR ne suffit donc pas pour que les soignants les adoptent positivement dans leurs comportements professionnels. Or, *ces outils ne peuvent atteindre les objectifs assignés que si les prestataires les utilisent de manière conforme aux indications*. Si on veut assurer la pérennité des TDR, dont la pertinence scientifique est démontrée [12], il est nécessaire de comprendre les logiques selon lesquelles les soignants se les approprient [10,20].

C'est pourquoi, nous proposons dans ce texte de travailler à partir de cette entrée de l'appropriation en interrogeant plus particulièrement : les normes officielles des TDR et les contraintes objectives à leur application dans les services

de santé, la perception de leur utilité et des coûts d'opportunité de leur utilisation par les soignants, leurs usages des TDR et les logiques de leur appropriation [11]. Nous nous intéressons aussi aux effets de ces outils et de la gratuité des ACT sur le fonctionnement des services de soins et sur les comportements d'appropriation. En effet, du fait de sa récurrence, le paludisme a été la maladie principale pourvoyeuse de revenus pour les services de santé. Or, les TDR, en rationalisant les prescriptions, induisent une diminution des ressources financières, que la gratuité des ACT (depuis mai 2010) est venue renforcer. En prenant en compte le système de santé, fondé sur le principe que les bénéficiaires d'un service doivent en supporter le coût et s'accompagnant d'une responsabilité financière et d'une participation des communautés au financement de leur santé [13], nous documentons ses effets sur les attitudes et les comportements professionnels que les soignants adoptent face aux TDR [23]. Nous nous intéressons également aux bénéficiaires (populations) dont les attitudes de demande de soins, en cas de fièvre [20], sont susceptibles d'influencer les modalités selon lesquelles les soignants respectent les résultats des TDR et les règles de prescription médicamenteuse.

Terrain et méthodes

Les données présentées sont tirées d'une étude socio-anthropologique menée en 2009, analysant l'appropriation des TDR par les prestataires et les bénéficiaires des districts de santé de Rufisque (Dakar) et de Khombole (Thiès). Dans chacun de ces districts, le centre de santé et deux postes de santé ont été étudiés (Sangalkam et Këri Suuf à Rufisque, Tuuba Tuul et Thienaba à Khombole). Leur choix a tenu compte de la variable spatiale (rural/urbain) et du faciès épidémiologique du paludisme.

Cette enquête, essentiellement qualitative, a été axée sur des observations directes, des entretiens individuels et des focus-groups. Ont été concernés, le personnel médical (médecins), paramédical (infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire) et communautaire (matrones et agents de santé communautaire (ASC)), impliqué dans la prescription des TDR. Les patients en consultation externe ont aussi été inclus dans notre échantillon. Nous avons réalisé 32 entretiens individuels approfondis avec les soignants et 30 avec les patients, dont cinq par service de santé. Ces discussions ont porté sur les connaissances relatives aux TDR, les perceptions des avantages et inconvénients, des coûts d'opportunités liés à l'utilisation de ces outils. Six focus-group (dont un par aire de responsabilité de la structure sanitaire) ont été réalisés avec les patients pour discuter de la demande de soins dans un contexte de mise en œuvre des TDR. Les observations directes ont été conduites dans les services de santé. Elles ont porté sur les types de soins

demandés par les patients, les usages des TDR par les soignants, l'adéquation de leurs prescriptions de médicaments avec les résultats du diagnostic.

Normes techniques des TDR et contraintes objectives à leur application dans les services de santé

Dans les services de santé publics, l'usage des TDR a été effectif depuis leur introduction [21]. Ainsi, sur 628 120 patients reçus pour suspicion de paludisme en 2008, 458 192 cas ont bénéficié d'un TDR, soit un taux de réalisation annuel de 72,9 % [12]. L'utilisation de ces outils requiert, cependant, l'observance par les soignants des normes techniques dont la finalité est de garantir leur efficacité. Selon les directives du PNLP au Sénégal, le personnel médical et paramédical est chargé de réaliser les TDR. S'il a été démontré que ces outils sont utilisables en routine par les agents de santé communautaire [2,15], ces acteurs ont, de l'avis des autorités sanitaires, des difficultés à prélever suffisamment de sang dans le tube capillaire. Par ailleurs, ils ne font pas partie des catégories de soignants reconnues dans la pyramide sanitaire. C'est pour cette raison qu'il n'est pas indiqué de les associer à la mise en œuvre des TDR [12].

Il est aussi recommandé aux prestataires de les conserver dans un endroit avec une température ambiante comprise entre 2 °C et 30 °C. Avant leur utilisation, le soignant doit vérifier la date de péremption. Pour réaliser le test, il doit porter des gants, désinfecter le bout du doigt du patient avec le tampon désinfectant et laisser sécher. Ensuite, il doit piquer la partie latérale du doigt à l'aide de la lancette stérile et prélever le sang par la micropipette (à usage unique). *« Il faut recueillir une à deux gouttes de sang (environ 500 microlitres) à partir du doigt du malade sur une lancette, à déposer sur une surface plate, qui comporte deux puits. Dans l'un des puits, on met le sang et, dans l'autre, il faut mettre six gouttes de la solution tampon qui va diffuser dans le sang. Il y a, ensuite, une autre partie où les résultats apparaissent. Si le seul trait témoin s'affiche, le résultat est négatif et si deux traits apparaissent, le test est positif. »* (Dr. Diouf du PNLP).

Au-delà de ces indications, l'ordinogramme indique la conduite à tenir après la réalisation du test. Plus précisément, il recommande la prescription d'ACT, uniquement en cas de résultat positif. Lorsque le TDR est négatif, le soignant doit rechercher d'autres étiologies.

Ces normes ont été partagées, par le PNLP, avec les médecins chefs de région (MCR), les médecins chef de district (MCD), les infirmiers chef de poste (ICP) et les sages-femmes, afin de renforcer leurs connaissances relatives à cette nouvelle technique. Ces acteurs étaient chargés d'afficher l'ordinogramme dans leurs services de soins et

de discuter de ces recommandations avec les travailleurs communautaires.

Mais, dans la pratique, il y a eu quelques contraintes objectives au respect de ces différentes normes par les soignants. D'abord, les ASC, officiellement non concernés par les TDR, ont été leurs principaux prescripteurs. Depuis la conférence d'Alma Ata, ils sont passés de la fonction d'auxiliaires à celle de prescripteurs [7,14,18] du fait de l'impossibilité pour les infirmiers d'endosser seuls les responsabilités administratives, curatives et préventives [7,10]. Aujourd'hui, ils sont utilisés pour la PECADOM (prise en charge à domicile du paludisme) et se sont imposés pour la réalisation des TDR. Or, ils n'ont pas été formés à ces outils et n'ont pas bénéficié du partage d'information : *« Le fait de venir et de s'arrêter à l'ICP, sans même s'assurer qu'il fait passer l'information au niveau de son poste pose problème. D'autant plus qu'en général, les ICP ne pratiquent pas, ils sont la plupart du temps dans leur bureau. C'est nous qui faisons la consultation pratiquement [...] »* (ASC de Sangalkam).

Ensuite, les usages des TDR par les prestataires de soins ne respectent pas les recommandations de l'ordinogramme. Par exemple, dans certaines structures en zone rurale, les TDR ne sont pas à l'abri du soleil ou des températures extrêmes. Par ailleurs, les ASC ont l'habitude de mettre deux ou trois gouttes de solution tampon, au lieu de six. Les gants ne sont pas systématiquement utilisés au moment de prélever le sang, car, de l'avis des agents de santé, les patients interprètent le port de cet objet comme une forme d'évitement. Ces différents décalages, qui sont plus le fait des ASC, peuvent s'expliquer par la faiblesse de leur formation aux TDR et par l'inexistence de la supervision formative : *« J'aurais souhaité qu'on vérifie les TDR ou bien la formation pour voir si les ASC font bien le test. Si les tests sont fiables, il faut vérifier la manière dont on les réalise [...]. S'il le faut même, qu'ils viennent quelquefois voir comment les prestataires de soins font le test ou bien qu'on leur fasse une formation de sorte qu'il n'y ait plus de faille »* (ICP, Tuuba Tuul). La supervision est essentielle, car elle doit accompagner l'introduction de l'innovation technique. Les équipes cadres de district sont chargées de visiter régulièrement les postes de santé périphériques. Cela leur permet d'observer, par exemple, les modes de réalisation des TDR, de prescription des antipaludiques et d'améliorer la maîtrise des normes techniques. Cette activité est d'autant plus nécessaire que les soignants affectés dans les services de santé périphériques sont jeunes [10]. Or, au Sénégal, la supervision est assez rare du fait des difficultés logistiques : absence de véhicules, problèmes de carburant etc. Lorsqu'elle est mise en œuvre, elle repose le plus souvent sur une logique de production de chiffres (consultation de registres), plutôt que sur de l'observation concrète d'activités de soins. Ainsi, les infirmiers, les ASC, laissés à eux-mêmes, sont amenés à

bricoler des normes pratiques qui transgressent les recommandations [19,23]. Cette réalité est constatée par les travaux anthropologiques analysant l'introduction de l'innovation technique dans les structures sanitaires [7,20,23].

Les modalités de commande et de gestion des TDR ne sont pas respectées, car elles alourdissent le travail des infirmiers : « Des contraintes ? Oui ! Il faut marquer un code, chaque poste de santé à son code qu'il faut marquer sur cassette. Ça c'est une contrainte. Ensuite les cassettes utilisées sont ramenées ici pour qu'on les renvoie au niveau national pour qu'on puisse recevoir la nouvelle commande de TDR et de médicaments. Ce sont des contraintes qui sont très lourdes parce que, s'il faut que chaque poste de santé renvoie ici ses tests utilisés pour pouvoir renouveler une commande, ça je crois que c'est un peu lourd quand même.... on nous demande que toutes les cassettes mêmes celles qui sont à Bakel et Kédougou, soient ramenées à Dakar. Et cela est un peu lourd et c'est ce qui fait qu'il y a souvent des ruptures. Parce que tant que le responsable n'a pas toutes les cassettes, il ne pourra pas renouveler la commande. Et souvent les cassettes, se perdent, souvent elles ne sont pas bien gardées. Donc la quantité de cassettes qu'on avait à la commande, on ne l'a pas au retour pour pouvoir passer une nouvelle commande qui soit régulière. Ceci conduit à une non disponibilité des TDR dans les services qui n'ont pas pu renouveler leurs commandes et donc pousse les soignants à prescrire des ACT sans TDR au préalable » (ICP, Centre de santé Rufisque). L'approvisionnement en TDR est assujéti au respect des normes de gestion qui sont contraignantes. Celles-ci ne prennent pas en compte les spécificités des environnements professionnels dans lesquels elles doivent être appliquées. Par exemple, quand les soignants perdent des cassettes de TDR, ils ne peuvent pas passer de nouvelles commandes et les services de santé ne sont pas approvisionnés. Ce blocage ne les empêche pourtant pas de prescrire des antipaludiques lorsqu'ils reçoivent des malades présentant des symptômes de fièvre. Malgré ces bricolages de normes pratiques, les prestataires de soins et les bénéficiaires ont quelques points de vue favorables aux TDR.

Attitudes positives face aux TDR : réduction des « errements thérapeutiques » et valorisation professionnelle

L'étiologie du paludisme telle que définie par le monde médical relève de plus en plus d'un savoir partagé par la majorité de la population au Sénégal [8]. Elle fait l'objet de multiples recours articulant les diverses alternatives thérapeutiques possibles [9]. Cependant, le caractère présomptif et incertain du diagnostic de cette maladie a souvent conduit à des parcours de soins erratiques et des dépenses inutiles. Les TDR sont appréciés parce qu'en facilitant l'identifica-

tion des étiologies de fièvre, ils ont contribué à réduire les erreurs de parcours de soins des patients :

« C'est parce que nous sommes édifiées dès le début que nous n'avons plus besoin de courir de gauche à droite pour aller voir un guérisseur ou autre [...] Avant, nous parcourions toute la zone pour trouver des remèdes [...] (Patiente Thiénaba).

« J'ai dépensé 17000F, il y a une semaine, avant d'être soulagé par le diagnostic avec les TDR et le traitement qui a suivi [...] Les TDR sont une bonne chose, ça nous permet d'économiser notre argent, ça permet d'éviter d'acheter des médicaments inutilement [...] » (FGH Rufisque). Les TDR ont donc des avantages économiques reconnus par les patients et leurs familles. La rationalisation des dépenses est surtout perçue dans les zones rurales qui connaissent durant l'hivernage (période de pic du paludisme) une soudure et une rareté des ressources financières [9]. Elle est aussi appréciée par les patients, parfois confrontés à la cherté du coût du soin dans les services de santé [9,20]. Dans les zones urbaines particulièrement, les soignants sont souvent taxés de « racketteurs » par des patients désabusés par le coût élevé des ordonnances prescrites. Depuis l'introduction des TDR, ces derniers ont l'impression d'un allègement des dépenses financières. En effet, la précision du diagnostic permet en principe de limiter l'achat des médicaments antipaludiques aux cas de paludisme avérés.

Les techniciens de laboratoire sont aussi enthousiastes face aux TDR. Ils défendent la fiabilité de ces outils et adoptent des comportements plus en adéquation avec certaines normes : ils portent des gants, aseptisent les doigts des patients, avant toute prise de sang. Cette appropriation positive est justifiée par le fait que les TDR contribuent à la revalorisation de leur profession et sont une occasion pour donner la preuve de leur utilité dans le champ de la lutte contre le paludisme. On peut faire le même constat concernant les ASC : ils s'approprient positivement cette nouveauté technique, perçue comme une opportunité de « revendication d'utilité ». Le TDR apparaît ainsi comme un outil dont l'usage participe à la production de la légitimité d'agents dont le statut est faible dans le système de santé [5].

Les médecins apprécient aussi les TDR parce qu'ils sont techniquement efficaces, faciles d'utilisation, ne requièrent pas des compétences importantes et peuvent être réalisés par les paramédicaux. En outre, les TDR améliorent la mesure de la morbidité du paludisme : « [Ils] ont révolutionné la prise en charge du paludisme. On a vu avec la déclaration des cas que le paludisme était sur-notifié, mais avec l'utilisation des TDR, ça a permis de rectifier pas mal de diagnostics, et ça a permis aux prestataires de s'interroger sur d'autres pathologies. On assimilait tous genres de fièvres au paludisme, donc beaucoup de maladies étaient sous-notifiées, et ça ne poussait pas les gens à faire des recherches » (MCR, Thiès). Les médecins, premiers responsables

de la santé à un niveau décentralisé, sont préoccupés par les statistiques sanitaires. Leur maîtrise est essentielle, dans un système de gestion et de planification de la santé axé sur les résultats. En précisant son diagnostic, les TDR améliorent la mesure de l'incidence du paludisme et permettent aux équipes cadres de mieux définir et organiser les politiques de lutte à l'échelle régionale. En outre, l'utilisation des TDR peut améliorer les pratiques professionnelles des soignants : si ces derniers n'ont plus à traiter tous les cas de fièvre comme un paludisme, ils ont l'opportunité de pouvoir interroger d'autres étiologies en cas de fièvre, ce qu'ils n'avaient pas l'habitude de faire.

Enfin, de l'avis des médecins, l'usage des TDR aide à distinguer le paludisme des ictères, ce qui évite les errements thérapeutiques pour leur prise en charge : *« Il y a un impact parce que maintenant dès que quelqu'un ne se sent pas bien, on lui recommande de venir au poste dans la mesure où avec le test on saura très tôt si c'est un palu ou pas et que s'il n'a pas le palu; on ne lui fera pas d'injection. Parce que certains confondent le paludisme et la fièvre jaune. Mais, en général, on leur fait comprendre, surtout aux grandes personnes que les signes du palu peuvent être distingués des signes de la fièvre jaune car c'est cette maladie souvent qui tue leurs enfants. Si l'enfant a une diarrhée accompagnée de vomissements et qu'on lui donne un traitement contre le « pëyis » [Cette maladie a la particularité de présenter les mêmes symptômes que la fièvre jaune, ce qui amène certains soignants à les confondre, mais elle s'en distingue. Elle est en général soignée par les guérisseurs qui utilisent des décoctions de plantes] cela peut mal tourner: Beaucoup de parents viennent directement ici pour avoir la confirmation du paludisme »* (MCD Rufisque).

Les paramédicaux ont aussi des points de vue positifs, qui sont relatifs à la facilité d'utilisation des TDR et l'aide à la prescription : *« L'utilisation est très facile. C'est parfois les malades qui ont un peu peur de se faire piquer ou de voir leur sang mais ça ce n'est pas grave. Il faut juste les rassurer et leur expliquer que le test permet de voir s'ils ont le palu ou pas. On doit avoir un petit entretien avec le malade pour lui permettre de comprendre parce que, avant de lui faire le test il faut lui expliquer que c'est un nouveau test qui permet de confirmer le palu avant de leur prescrire des médicaments »* (ICP Tuuba Tuul).

En résumé, les prestataires de soins et les bénéficiaires trouvent aux TDR quelques avantages : réduction des errements thérapeutiques et rationalisation des dépenses (pour les patients), aide à la prescription et à la mesure de la morbidité (pour les médecins), facilité d'utilisation et utilité professionnelle (pour les techniciens de laboratoire, les ICP, les ASC). Ces privilèges justifient les attitudes positives face aux TDR que nous avons documentées. En revanche, nous avons aussi noté des interactions négatives et des usages décalés que nous analysons dans ce qui suit.

Les demandes de soins, les incidences financières et les savoir-faire issus de l'expérience des soignants conduisent à une appropriation négative des TDR

Si les patients sont généralement contents d'avoir évité des dépenses inopportunes grâce à la précision du diagnostic de paludisme, ils ont aussi exprimé quelques réticences relatives au prélèvement du sang. Celles-ci ne portent pas sur l'usage fait de leur sang, elles concernent plutôt le caractère douloureux de son prélèvement : à Niakhar (Fatick) où des essais cliniques sont souvent menés, les populations refusent de plus en plus les prélèvements, car elles ignorent, disent-elles, la destination et les types d'usages qui seront faits de leur sang. Il y a une pluralité de rumeurs qui circulent dans ces zones et qui renforcent le doute. Lorsqu'il doit être appliqué aux enfants, le TDR est refusé par certains parents, une attitude qu'ils justifient par la douleur subie. Ils adoptent alors une automédication basée sur la présomption de paludisme.

Par ailleurs, la mise en œuvre des TDR allonge le temps de consultation : le patient doit attendre 15 minutes pour avoir le résultat. S'il y trouve un intérêt (il veut connaître l'origine de son mal et obtenir des soins), ce n'est pas forcément le cas des autres patients qui voient leur temps d'attente augmenter. Ces derniers, voulant aussi bénéficier du diagnostic, sont paradoxalement critiques vis-à-vis de ces outils qui retardent leur prise en charge. Dans les lieux de consultation, cet allongement du temps d'attente devient un prétexte pour critiquer les soignants, accusés d'être « paresseux et de mauvaise foi ». Cette situation ne contribue pas à améliorer les interactions soignants/soignés [14].

Nous avons aussi observé que dans les postes de santé, la prescription des ACT a été quasi-systématique par les agents de santé et les infirmiers, même en présence d'un TDR négatif. Cela nous conduit à penser que ce n'est pas seulement la maîtrise cognitive des TDR qui explique les interactions négatives avec cet objet technique. Les types de demandes de soins des « clients », les savoir-faire issus de l'expérience des soignants et les incidences financières induites par les TDR sur les environnements justifient les attitudes négatives et comportements décalés.

Des incidences financières réelles des TDR sur les ressources des postes de santé

En améliorant le diagnostic et en rationalisant la prescription des ACT, les TDR ont eu des implications financières sur la gestion du paludisme dans les services de santé. Faye [6] a analysé la prise en charge de 379 patients souffrant de fièvre. Avec le diagnostic présomptif, le coût s'élèverait à 299 957 CFA (les malades supportent 184 500 CFA et l'État 115 457

CFA). Pour confirmer biologiquement les cas, des TDR ont été réalisés pour tous les patients inclus, mais 150 cas se sont avérés positifs. Le coût global des TDR et du traitement des cas positifs revenait à 254 786 CFA (les malades supportent 205 550 CFA et l'État subventionne à hauteur de 49 236 CFA). L'utilisation de ces outils a donc permis une économie de 45 171 CFA au niveau du centre de santé. Celle-ci pourrait s'élever à 111 240 136 CFA pour le niveau national. Ces outils présentent donc des avantages pour l'aide au diagnostic du paludisme et peuvent éviter une surconsommation thérapeutique dans les structures périphériques de santé.

Cependant, si ces implications positives sont bien appréciées des patients, elles n'arrangent pas la comptabilité des services de santé : « *L'introduction des TDR a réduit nos ressources financières [...] C'est paradoxal, on veut lutter contre le paludisme, mais on perd de l'argent. Dans mon poste, les ressources ont chuté de 800 000 FCFA à environ 300 000 FCFA après la mise à échelle des TDR pour cette année* » (ICP, Khombole). Cette impression des soignants est d'autant plus forte que le paludisme est habituellement la maladie qui leur rapporte le plus d'argent. Le paiement des tickets de consultation, la vente des antipaludiques, ont constitué la principale source de recettes pour les postes de santé publics. Mais, depuis que les TDR ont fait chuter les cas de paludisme confirmés, ils ont aussi fait baisser les ressources financières. La gratuité des ACT a renforcé la précarisation de la santé financière des services de santé, qui fonctionnent selon le principe de recouvrement des coûts. Ayant exempté les populations du paiement direct des ACT, l'État ne s'est pas, pour autant, acquitté de ses engagements de remboursement auprès des structures de soins. Dans ces conditions, les soignants perçoivent plus d'opportunités à ne pas respecter les normes de prescription. Ces limites objectives induites par les TDR ou par la gratuité des ACT ne militent pas en faveur d'une bonne appropriation des recommandations qui les accompagnent. Elles justifient des comportements non observants de la part des soignants, plus orientés par une stratégie de gestion de la clientèle et de captation des ressources financières que par les normes techniques.

Des pratiques de prescription orientées par la demande de soins et la « maximalisation des gains »

Les TDR permettent, certes, d'éviter les dépenses inutiles, mais ils empêchent la satisfaction des demandes de médicaments des patients. Ces derniers ont aussi l'habitude de mobiliser un savoir basé sur l'expérience pour penser les maux dont ils souffrent, les types de soins et de traitement souhaitables. Parfois, ils recourent au service de santé afin de satisfaire cette demande [9]. Or, la technique TDR va à

l'encontre de la satisfaction de ce besoin, surtout en cas de résultat négatif. Cela pousse certains patients à exprimer un sentiment d'insatisfaction vis-à-vis de cet objet technique. Les soignants, de leur côté, sont plus enclins à satisfaire cette demande de soins, ce qui les amène quelquefois à ne pas respecter les résultats des TDR et les règles de prescription médicamenteuse : « [...] *sur 30 patients qui font des TDR, il n'y a qu'une dizaine de cas positifs, tout le reste est négatif. Et, ils [ceux qui ont un test négatif] reviennent ou ils repartent vers d'autres postes, généralement c'est ce que font les malades, Même s'ils ont la diarrhée, ils te disent qu'ils ont le paludisme. Avec leur fièvre si tu les traites sans antipaludique et qu'ils rechutent, ils ne vont pas revenir ici, ils vont se faire consulter ailleurs. Déjà ces patients tu les perds, ils ne reviendront plus au poste. C'est pour cela que nous préférons quelquefois leur prescrire les ACT même quand le test est négatif* » (ASC, Sangalkam). Le résultat négatif d'un TDR n'empêche pas l'ASC de prescrire des antipaludiques que les patients sollicitent dès qu'ils ont de la fièvre. S'il cherche à répondre positivement à cette sollicitation au risque de transgresser la norme, c'est bien parce qu'il ne veut pas perdre une « clientèle », source de recettes financières pour sa structure sanitaire [13].

Par ailleurs, lorsque le TDR est positif, certains soignants évoquent l'altération de l'état physique du patient et établissent un diagnostic factice de paludisme grave. Cette attitude leur permet de justifier la non-prescription des ACT, dont la gratuité a créé une difficulté de recouvrement de leurs coûts. En revanche, l'injection, recommandée pour la prise en charge du paludisme grave et non concernée par l'exemption, est prescrite. Celle-ci est génératrice de ressources que les structures étaient censées perdre, si le résultat du diagnostic était respecté. Ces résultats indiquent que l'observance des normes techniques relatives aux TDR est déterminée par les perceptions des coûts d'opportunité de leur utilisation. Ces dernières induisent des pratiques de maximisation des ressources financières qui obligent parfois les soignants à ne pas respecter les recommandations. Par ailleurs, le fait que la prescription soit basée sur le constat de l'état d'altération du patient indique que ce sont plutôt les savoir-faire issus de leur expérience que les soignants mobilisent dans leurs pratiques professionnelles, et non l'évidence technique et médicale.

Une « clinique empirique » et des savoirs issus de l'expérience des prestataires qui remettent en cause le « protocole »

Depuis le 19^e siècle, la connaissance et la pratique médicales tirent leur légitimité de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) qui se définit comme l'utilisation des meilleures données (preuves) actuelles de la recherche clinique pour définir et

orienter les modalités de la prise en charge des pathologies. Ces preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés, des méta-analyses, éventuellement des études transversales. Or, les soignants font aussi appel à l'expérience qui guide leurs pratiques dans les espaces de soins. Ce sont des acteurs sociaux qui ont des attentes, des points de vue concernant l'innovation technique [10,18,23]. Ils ont également accumulé des connaissances et une expérience de gestion du paludisme qui influencent leur appropriation des TDR.

D'abord, les soignants pensent l'efficacité de ces outils et adoptent des attitudes de prescription en se référant à des observations empiriques : « *Bon ! Les TDR parfois, je ne sais pas si c'est toujours le cas, mais il arrive qu'un patient dont le test est négatif présente des signes de paludisme. Or quand le test est négatif, on ne lui prescrit pas un traitement contre le paludisme, on lui met un autre traitement. Souvent, il revient au bout de deux jours avec une fièvre encore plus forte et des vomissements. En ce moment je me demande si les tests sont fiables à 100 %... Ceci fait que quand je reçois des malades, il m'arrive de leur donner des ACT même quand le test est négatif* (ASC Sangalkam). Le fait de revoir, dans un état d'altération physique avancé, un patient qui présentait un TDR négatif, amène le soignant à douter du résultat produit par cet outil. Cette expérience le pousse à prescrire des antipaludiques en cas de négativité du TDR, afin de se prémunir contre une erreur diagnostique et une aggravation de l'état du patient.

Par ailleurs, les soignants ne sont pas suffisamment préparés aux modifications qu'entraîne l'amélioration du diagnostic et ont parfois l'impression de passer à côté de cas de paludisme en respectant les normes des TDR : « *Je ne suis pas convaincu que les TDR puissent poser un diagnostic fiable et efficace permettant de diagnostiquer correctement le paludisme... Les résultats me posent beaucoup de problèmes car, il y a des cas de paludisme avec tous les signes et dont le diagnostic au TDR est négatif [...] On nous demande de prescrire en respectant les résultats des TDR. Cela veut dire que même si le patient à 40° de fièvre, si le TDR est négatif, ce n'est pas un paludisme. Or, cela est contraire à ce que j'avais appris à l'école des infirmiers et infirmières d'État et des expériences acquises après 30 ans après plusieurs années de service* » (ICP Këri Suuf). Si l'infirmier doute de la fiabilité des TDR, c'est parce leurs normes de référence contredisent ce qu'il a appris antérieurement comme règle de diagnostic du paludisme. Dans les formations antérieures des infirmiers, comme dans les sessions de renforcement des capacités des ASC, il leur a été enseigné que 39° de fièvre était un indicateur d'une fièvre d'origine palustre. On voit bien que les acquis de la formation initiale restent peu perméables aux changements que requiert l'innovation thérapeutique. Les acteurs en viennent à remettre en cause les recommandations nationales, au nom

de leurs expériences, des évidences produites par les formations initiales ou par la longue pratique professionnelle de prise en charge du paludisme. En définitive, on peut confirmer que « l'innovation thérapeutique, au-delà de ses dimensions biomédicales et technologiques est, une fois soumise à application dans les services de santé, enchâssée dans des réalités socio-professionnelles, individuelles qui influencent les conditions de sa mise en œuvre » [10].

Conclusion

Le paludisme, en tant que problème de santé publique, nécessite une optimisation de l'efficacité des soins et de la protection de ses mesures de contrôle. Les tests de diagnostic rapide peuvent contribuer à cela, car ils visent à rationaliser la prescription des antipaludiques, afin de les protéger de la chimiorésistance.

Les communautés adhèrent à cette stratégie, qui, pourtant, reste incomprise du fait de l'absence de sensibilisation. Elle leur permet d'éviter les errements diagnostiques, thérapeutiques et contribue à économiser de l'argent. Néanmoins, la peur du prélèvement du sang, l'allongement de la durée d'attente constituent des points négatifs soulignés.

Dans les services de santé, les soignants, en particulier les médecins, apprécient les TDR, car ces outils peuvent modifier la pratique professionnelle : en permettant de distinguer les icônes du paludisme, ils peuvent pousser les prestataires de soins à orienter leur diagnostic vers d'autres étiologies de fièvre. Les techniciens de laboratoire ont des comportements observants face aux TDR parce qu'ils leur trouvent une utilité professionnelle. Cependant, exception faite d'eux, les modifications positives des actes professionnels ne sont pas aussi fréquentes que le présument les médecins. Non autorisé à les appliquer, le personnel communautaire a été plus en vue dans l'usage des TDR. Avec les infirmiers, ces acteurs doutent de l'efficacité de ces outils et adoptent des comportements qui ne respectent pas l'ordinogramme : non usage des gants, prescription d'ACT en cas de TDR négatif, nombre de gouttes de la solution tampon etc. Ces types d'usage restent déterminés par la maîtrise cognitive des normes techniques, la perception de leur efficacité [11] et par l'inadéquation de l'ordinogramme aux réalités des structures sanitaires. L'appropriation des normes dans les pratiques est aussi difficile parce qu'elles se confrontent à des certitudes établies lors des formations initiales et des savoirs issus de l'expérience qui convainquent plus les prestataires. Enfin, ces derniers jugent les avantages des TDR minimes en comparaison avec les baisses des recettes des postes de santé. Cette perception négative de leur coût d'opportunité est aujourd'hui reposée dans un contexte de gratuité des ACT. Les prestataires ont tendance à sur-prescrire les cas de paludisme simple en paludisme grave, ce qui leur permet

de vendre des injections, consommables et de générer des ressources pour les services de santé. En définitive, si les TDR ont une pertinence et une utilité épidémiologiques, leur appropriation positive requiert un changement de comportements et de pratiques que les soignants ne sont pas toujours prêts à assumer ou à réaliser [10,23]. Leurs attitudes puisent dans des réalités sociales, financières et /ou économiques, institutionnelles, dont la non prise en compte peut conduire à l'échec de l'innovation dans les services de santé [3].

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Adjuik M, Agnamey P, Babiker A et al (2002) Amodiaquine-artesunate versus amodiaquine for uncomplicated *Plasmodium falciparum* malaria in African children: a randomised, multicentre trial. *Lancet* 359(9315):1365–72
2. Bell D, Go R, Miguel C, Walker J et al (2001) Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bull World Health Organ* 79(10):933–41. Epub 2001 Nov 1
3. Brunet-Jailly J (1997) Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala, Collections Hommes et Sociétés, 435 pp
4. Diouf MB, Mbaye A, Sambou B, Thior M (2006) Rapport d'évaluation du plan stratégique 2001-2005, PNLP, 49 pp
5. Dubar C (2002) La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Armand Colin, 255 pp
6. Faye A (2010) Évaluation économique des tests de diagnostic rapide dans le traitement du paludisme, *Santé Publique* 6(22): 625–36
7. Faye S (2009) L'anthropologue et l'intervention sanitaire dans le cadre de la lutte antipaludique au Sénégal : analyse des mises en actes du personnel soignant et usages des savoirs produits. *Revue de Sociologie, Anthropologie et Psychologie, FLSH, UCAD* 1:137–63
8. Faye S (2009) Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal), *Sciences Sociales et Santé* 27(4): 91–112
9. Faye S, Lalou R, Adjamagbo A (2005) Soigner les enfants à domicile en cas de fièvre en milieu rural sénégalais : une réponse à la pauvreté ? *Études de la Population Africaine* 19(2 SA): 221-40
10. Faye SL, Ndiaye JL, Ba S, Gaye O (2011) Appropriation d'un nouveau protocole antipaludéen au Sénégal, *Sociologies* [En ligne] Expériences de recherche, mis en ligne le 11 avril 2011, [<http://sociologies.revues.org/index3412.html>]
11. Firey M. (1960) *Man, mind, and land: a theory of resource use*, Glencoe, Free Press, 256 pp
12. Gaye O, Dieng Y, Faye B et al (2007) Rapport de l'étude de faisabilité des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme au Sénégal. *Parasitologie, Faculté de Médecine (UCAD)/SLAP, PNLP, Fonds Mondial*, 47 pp
13. Hours B (1986) *L'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Paris, L'Harmattan, 165 pp
14. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP (2005) Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris, Karthala, 462 pp
15. Mayxay M, Newton PN, Yeung S et al (2004) Short communication: An assessment of the use of malaria rapid tests by village health volunteers in rural Laos. *Trop Med Int Health* 9(3):325–9
16. Munier A, Diallo A, Sokhna C, Chippaux JP (2009) Évaluation d'un test de diagnostic rapide du paludisme dans les postes de santé ruraux au Sénégal, *Méd. Trop* 69:496–500
17. Munier A, Diallo A, Sokhna C et al (2009) Évaluation de la fiabilité du diagnostic clinique de paludisme chez les enfants consultant dans trois postes de santé périphériques, dans la zone rurale de Niakhar au Sénégal. *Bull Soc Pathol Exot* 102(2):113–8 [<http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/T102-2-3331-6p.pdf>]
18. Ndoye T (2009) La Société sénégalaise face au paludisme : politiques, savoirs, acteurs. Paris, Éditions Karthala Crepos, 312 pp
19. Olivier de Sardan JP (2010) Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques, *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 29 octobre 2010. [<http://anthropologiesante.revues.org/86>]
20. Pool R, Munguambe K, Macete E et al (2006) Community response to intermittent preventive treatment delivered to infants (IPTi) through the EPI system in Manhiça, Mozambique. *Trop Med Int Health* 11(11):1670–8
21. Santé Plus/PNLP (2007) Rapport d'évaluation de la première phase du round 4 Fonds Mondial, Programme National de Lutte contre le Paludisme, PNLP, 76 pp
22. Trape JF, Pison G, Preziosi MP et al (1998) Impact of chloroquine resistance on malaria mortality, *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, Série III, Sciences de la Vie*, 321, 689. 697.
23. Vidal L, Fall AS, Gadou D (2005) Les Professionnels de la santé en Afrique de l'Ouest. *Entre savoirs et pratiques*. Paris, L'Harmattan, 328 pp