

Faculté de santé publique

L'offre de soins aux personnes hypertendues dans les structures de première ligne à Lomé :

Enjeux, état des lieux et pistes d'amélioration

Mémoire réalisé par

Madeleine CAPIAU

Promoteur(s)

Jean MACQ

Bruno MASQUELIER

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'offre de soins aux personnes hypertendues dans les structures de première ligne à Lomé :

Enjeux, état des lieux et pistes d'amélioration

Mémoire réalisé par

Madeleine CAPIAU

Promoteur(s)

Jean MACQ

Bruno MASQUELIER

Année académique 2018-2019

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie vivement mon promoteur, Monsieur Jean Macq, pour sa disponibilité, son soutien et ses précieuses remarques qui ont grandement contribué à l'élaboration de ce travail.

Merci également à Monsieur Bruno Masquelier, mon co-promoteur, pour ses directives et sa rigueur durant l'année.

Mes remerciements s'adressent particulièrement à Messieurs Jean-Marie Schilz, Manzama Eso Bouloufei et Nestor Amewonou Edotsé, sans qui la récolte des données au Togo n'aurait pu aboutir.

Je souhaite aussi adresser mes plus sincères remerciements à tous les professionnels de la santé togolais qui ont collaboré à la réalisation de mon étude.

Merci à mes parents pour leur soutien moral, affectif et organisationnel. Vos encouragements et votre accompagnement durant ces mois de rédaction m'ont beaucoup aidée.

Merci à mes frère et sœur, Gilles et Thérèse, et mes amis de m'avoir encouragée et écoutée dans les moments de difficulté.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

ABRÉVIATIONS

ACIC: Assessment of Chronic Illness Care

AM : Assistant médical

ASC : Agent de santé communautaire

AVC: Accident vasculaire cérébral

CCM: Chronic Care Model

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CMS : Centre médico-social

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

DALY: Disability Adjusted Life Years

DPS : Directeur Préfectoral de la Santé

DRS : Directions Régionales de la santé

DS : District sanitaire

HD : Hôpital de district

HTA: Hypertension artérielle

IHME: Institute of Health Metrics and Evaluation

IDE : Infirmier diplômé d'état

IMC : Indice de masse corporelle

INAM : Institut National d'Assurance Maladie

INED : Institut national d'études démographiques

MCV : Maladie cardio-vasculaire

MNT : Maladie non transmissible

ODD : Objectifs de développement durable

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU : Office des Nations-Unies

PIB : Produit intérieur brut

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

QOL: Quality of life

SF: Sage-femme

USA : United States of America

USP : Unité de soins périphérique

VIH : Virus de l'immunodéficience humain

TABLE DES MATIÈRES

Introduction générale	3
1. Présentation de la problématique	3
2. Objectifs de l'étude	4
 Chapitre 1. Cadre théorique : les maladies chroniques dans les pays à faibles et moyens revenus	
1. Situation mondiale des maladies chroniques : zoom sur l'HTA	5
2. L'hypertension artérielle dans le système de santé togolais	8
2.1. La démographie du Togo	8
2.2. Epidémiologie togolaise des maladies chroniques : zoom sur l'HTA	10
2.3. Le système de soins de santé togolais	11
2.4. Politiques sanitaires togolaises d'offre de soins : l'HTA.....	14
3. Revue de littérature de la prise en charge des maladies chroniques.....	16
3.1.Facteurs de succès de la prise en charge des maladies chroniques	16
3.2. Deux modèles de prise en charge des maladies chroniques	17
4. Hypothèses d'investigation	21
 Chapitre 2. Matériels et méthodes	22
1. Méthodologie de recherche	22
2. Cadre et période de l'étude	22
3. Instruments de collecte des données	23
4. Echantillonnage	25
5. Procédure de collecte des données.....	26
6. Méthodes d'analyse des données	27
7. Caractéristiques et posture de la recherche	28
8. Considérations éthiques et administratives	28
 Chapitre 3. Analyse des résultats	29
1. Description de l'échantillon effectif	29
2. Présentation des données	31
2.1. Résultats quantitatifs	31
2.2. Résultats qualitatifs	38

2.2.1	Influence de l'organisation des soins	38
2.2.2	Relation avec la communauté et les autres prestataires de soins.....	39
2.2.3	Soutien à l'autogestion	41
2.2.4	Appui à la prise de décision	42
2.2.5	Conception du système d'offre de soins.....	43
2.2.6	Système d'informations cliniques	46

Chapitre 4. Discussion : vers des pistes d'amélioration du système de prise en charge de l'HTA

1.	Analyse générale des données.....	48
1.1.	Echelon macro : la politique des soins	49
1.2.	Méso-échelon : l'organisation des soins et la communauté	51
1.2.1.	Collaboration interprofessionnelle et interorganisationsnelle	51
1.2.2.	Formation des prestataires	54
1.2.3.	Continuité des soins	54
1.3.	Micro-échelon : l'interaction avec les malades	58
2.	Au Togo : par où commencer ?	60
3.	Limites de l'étude.....	62
Conclusion		64
Références bibliographiques		66
Annexes		75

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. PRÉSENTATION DE LA PROBLÉMATIQUE

L'hypertension artérielle a longtemps été considérée comme une maladie des pays riches mais cette vision a changé au cours des dernières années à mesure que s'opéraient également des changements dans les populations à risque. Aujourd'hui, les pressions artérielles moyennes sont plus élevées en Afrique qu'en Europe. Principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle affectait environ 80 millions d'adultes en Afrique subsaharienne en 2000 et les projections fondées sur les données épidémiologiques actuelles suggèrent que ce chiffre atteindra 150 millions d'ici 2025 (Opie & Seedat, 2005). Les maladies cardiovasculaires sont dès lors devenues la première cause de mortalité sur le continent africain et les conséquences de leurs complications, au-delà de la mortalité qu'elles engendrent, posent de nombreux problèmes de santé publique (Van de Vijver et al., 2013).

Aux quatre coins de la terre, les systèmes de santé se sont développés et ont prospéré sur des bases cohérentes avec le monde d'hier mais sans doute pas toujours tout à fait en phase avec le monde d'aujourd'hui et encore moins avec celui de demain. En effet, le 21^{ème} siècle est caractérisé par l'explosion des maladies chroniques alors que le siècle précédent a été dominé par les maladies aiguës : celles-ci ont donc été la principale préoccupation des responsables des systèmes de soins de santé.

Pour faire face à la progression des maladies chroniques, il est impératif que les systèmes de santé évoluent et dépassent le modèle centré sur les affections aiguës. Ces derniers seront, certes, toujours nécessaires mais les organisations de soins doivent, simultanément, adopter la notion de soins pour les maladies de longue durée (Epping-Jordan & OMS, 2003).

Les systèmes de santé des pays à revenus faibles et intermédiaires semblent particulièrement avoir du mal à entrer dans ce nouveau paradigme. Ces derniers sont aujourd'hui axés sur une réponse rapide à des problèmes aigus et ne peuvent donc que répondre difficilement aux problèmes présentés par les affections de longue durée.

Le Togo est, comme l'ensemble des pays africains, déjà confronté à la problématique des maladies chroniques. En effet, l'OMS (2018) estime qu'en 2018 les maladies non

transmissibles y sont à l'origine de 38% des décès. La mortalité secondaire aux maladies cardiovasculaires a explosé puisque celles-ci sont responsables, pour la même année, à elles seules, de plus de la moitié des causes de mortalité par maladies non transmissibles, à savoir 16% (OMS, 2018). En 2011, la prévalence de l'hypertension artérielle, principal facteur de risque des maladies cardiovasculaires, était évaluée à 19 % au sein de la population togolaise des 15-64 ans (Akoudavi, 2012).

Lors d'un bénévolat en tant qu'infirmière dans les structures de soins de santé primaires au Togo, j'ai eu le sentiment que la prise en charge des affections chroniques n'y était pas toujours optimale d'un point de vue clinique et organisationnel, ce qui peut engendrer une utilisation sous-optimale des soins de santé (Huard & Schaller, 2010).

Face au problème de santé publique que représente l'hypertension artérielle au Togo, nous nous posons la question suivante : quelle est la situation actuelle de l'offre de soins togolaise pour les personnes hypertendues ?

Ce mémoire est charpenté en quatre chapitres. Le premier est consacré au cadre théorique basé sur la revue de littérature. Dans le deuxième chapitre, la méthodologie de recherche utilisée est détaillée alors que le troisième présente les résultats de l'étude. Le dernier chapitre apporte des éléments de discussion et de réponse en lançant quelques pistes de perspectives futures.

2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général de ce mémoire est de dresser un état des lieux de la situation actuelle de l'offre de soins aux patients hypertendus au niveau de la première ligne de soins à Lomé.

Les objectifs spécifiques sont de considérer, dans un premier temps, les forces et les faiblesses de cette offre de soins pour, dans un second temps, explorer quelques pistes pour permettre son amélioration.

CHAPITRE 1. CADRE THÉORIQUE : LES MALADIES CHRONIQUES DANS LES PAYS À FAIBLES ET MOYENS REVENUS

Cette première partie présente d'abord la situation épidémiologique des maladies chroniques et plus précisément de l'hypertension artérielle (HTA), avec un zoom sur la situation dans les pays à faible et moyen revenu. Ensuite, nous nous pencherons sur le cas du pays africain du Togo. Nous aborderons enfin les théories de prise en charge des maladies chroniques.

1. SITUATION MONDIALE DES MALADIES CHRONIQUES : ZOOM SUR L'HTA¹

La prise en charge de toutes les affections chroniques – maladies non transmissibles, troubles mentaux de longue durée, handicaps physiques permanents et maladies transmissibles persistantes - représente l'un des plus grands défis du 21^{ème} siècle pour les systèmes de soins de santé partout dans le monde (Epping-Jordan & Organisation mondiale de la Santé, 2003). Avec le vieillissement de la population mondiale, la prévalence et l'incidence des problèmes de santé chroniques augmentent à un rythme alarmant. Selon le rapport mondial des maladies non transmissibles et santé mentale de l'OMS (2003), les maladies chroniques représentaient, en 2000, 59% de la mortalité mondiale et 46% de la charge de morbidité mondiale. Aujourd'hui, elles sont de loin la principale cause de décès dans le monde puisqu'elles constituent, en 2018, 71% de la mortalité mondiale (soit 41 millions de décès) et représentent 60% de la morbidité mondiale (OMS, 2018). A l'origine de cette évolution se trouve la transition épidémiologique – recul des maladies infectieuses au profit des maladies chroniques – qui va de pair avec la transition démographique – une baisse graduelle des taux de natalité et de mortalité, qui s'accompagne d'une croissance de la population.

Selon l'OMS (2018), 78% des décès imputés aux affections chroniques dans le monde sont survenus dans les pays à faible ou moyen revenu. Par ailleurs, plus de 85% des décès prématurés à la suite d'une affection chronique, c'est-à-dire les décès survenus avant l'âge de 65 ans, surviennent dans ces mêmes pays. En Afrique, en 2015, les maladies infectieuses représentaient 56,4% des décès annuels contre 61,4% en 2010. A contrario, les maladies chroniques, représentaient, en 2015, 33,5% de tous les décès annuels contre 29,4% en 2010 (OMS, 2018). Bien qu'actuellement les maladies transmissibles prédominent, l'OMS (2014)

¹ Les concepts associés à la maladie et plus particulièrement à l'hypertension artérielle sont présentés en annexe 1.

prévoit que, d'ici à 2030, la mortalité due aux maladies chroniques en Afrique devrait dépasser celle des maladies contagieuses, maternelles, périnatales et nutritionnelles prises dans leur ensemble. L'OMS (2018) estime plus précisément que les maladies chroniques augmenteront de 27 % au cours des dix prochaines années sur ce continent et seront responsables de 28 millions de décès supplémentaires (une hausse imputable en partie à la croissance de la population et à son vieillissement).

Comme nous le démontre la figure 1, les maladies cardiovasculaires (MCV), telles que l'accident cardiovasculaire et la cardiopathie ischémique, sont la première cause de mortalité dans le monde (IHME, 2017). Chaque année, un tiers des décès dans le monde, soit 17,5 millions, est imputable aux MCV alors qu'au début du 20^{ème}, les MCV étaient responsables de moins de 10% des décès (OMS, 2018). Cette proportion est plus élevée à moins de 65 ans et s'élève à 37% (IHME, 2017).

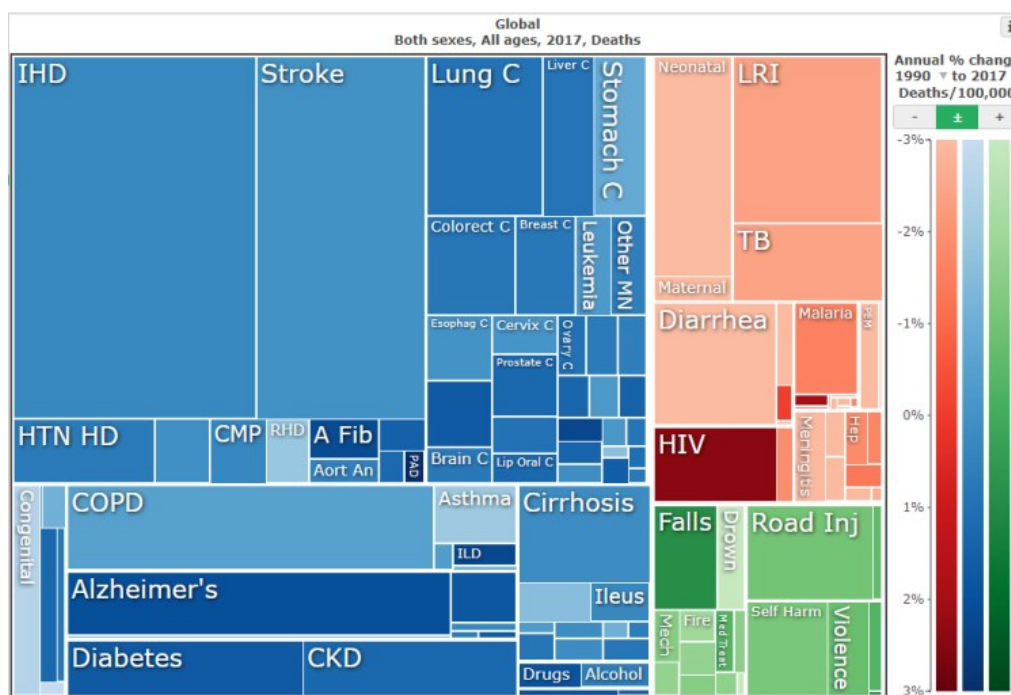


Figure 1 : Outil de visualisation Treemap : Pourcentages des différentes causes de mortalité dans le monde en 2017, tout sexe confondu, reproduit depuis IHME, 2017.

Au plus la surface est importante, au plus la mortalité par cette cause est élevée.

La couleur bleue représente les MNT ; la couleur rouge représente les MT, les maladies maternelles, néonatales et nutritionnelles ; la couleur verte représente les blessures. L'intensité des tons de couleurs indique la variation de mortalité de 1990 à 2017.

D'ici 2030, selon les projections (OMS, 2008) près de 23,6 millions de personnes mourront de maladies cardiovasculaires, principalement de cardiopathies et d'accidents

vasculaires cérébraux. Comme nous l'indique la figure 2, ce sont les pays à faible et moyen revenus qui sont actuellement et qui seront, en 2030, les plus concernés par la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires. Actuellement, plus de 75% des décès liés aux MCV surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et 82% des décès avant l'âge de 65 ans liés aux maladies chroniques se produisent dans ces mêmes pays. Toujours dans ces pays, la mortalité par MCV représente actuellement plus de 20% de la mortalité générale (OMS, 2018).

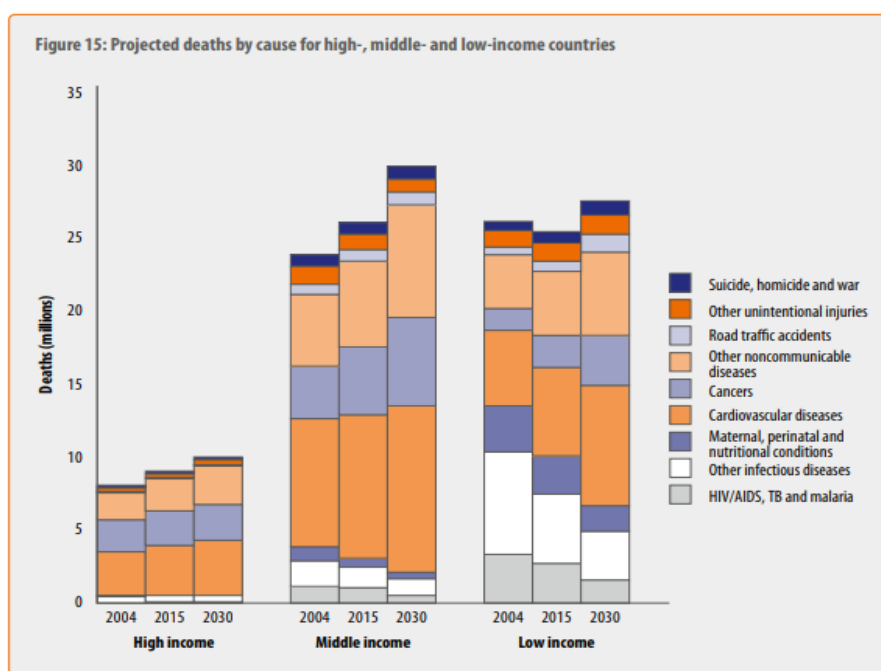


Figure 2 : Tendence projetée de la mortalité par cause pour les pays à hauts, moyens et faibles revenus sur la période 2008-2030, reproduit depuis OMS, 2008.

L'axe vertical présente le taux de mortalité ; l'axe horizontal représente les années et les types de pays ; les couleurs correspondent aux causes de mortalité.

L'hypertension artérielle représente une menace sérieuse pour la santé publique mondiale en tant que facteur de risque des maladies cardio-vasculaires. En 2008, d'après des estimations globales (OMS, 2008), l'hypertension artérielle avait été diagnostiquée chez un adulte âgé de plus de 25 ans et plus sur quatre. La prévalence de l'HTA augmente en fonction de l'âge de la population. Chez les personnes âgées de 20 à 30 ans, ce problème concerne une personne sur dix, mais la prévalence atteint une personne sur deux parmi les quinquagénaires. À l'échelle mondiale, le nombre de personnes hypertendues est passé de 600 millions à un milliard entre 1980 et 2008 (OMS, 2018). L'OMS estime que les conséquences de l'hypertension artérielle entraînent 8,4 millions de décès par an, et ce problème de santé est la cause directe de 13 % des décès au niveau mondial (OMS,2013). C'est également la cause

principale de 45 % des décès dus à un problème cardio-vasculaire et de 51 % des décès par accident vasculaire cérébral.

C'est dans la région africaine que la prévalence de l'hypertension artérielle est la plus élevée puisque, selon l'enquête STEPS de l'OMS menée entre 2003 et 2009 dans vingt pays africains, les taux d'hypertension varient de 19,3% en Érythrée à 39,6% aux Seychelles (Van de Vijver et al., 2013). La prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Outre les différences de prévalence de l'HTA entre les sexes, il existe également de grandes différences en fonction du lieu de résidence. Dans tous les pays où les données de l'étude sur la santé dans le monde sont disponibles (World Health Survey), la prévalence de l'hypertension chez la population urbaine est supérieure à celle de la population rurale (Van de Vijver et al., 2013).

Le Togo, pays démographiquement jeune, est un des pays africains déjà confronté à la problématique des maladies chroniques. L'OMS (2018) estime qu'en 2018 les MNT y sont à l'origine de 38% des décès.

2. L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ TOGOLAIS

Cette seconde partie présente brièvement le Togo d'un point de vue de sa démographie, de son profil épidémiologique, de son organisation et de sa politique sanitaires. Elle offre un aperçu de l'environnement social et sanitaire, des enjeux de développement concernant l'HTA ainsi que des différentes politiques publiques.

2.1. LA DÉMOGRAPHIE DU TOGO

La démographie togolaise se caractérise par une croissance démographique forte, évaluée à 24 ‰ (à titre de comparaison, celle de la Belgique s'élève à 1,6 ‰). La population togolaise a plus que triplé en moins de 30 ans, passant de 2,7 millions en 1981 à 8,2 millions en 2019 (Groupe de la Banque Mondiale, 2016 ; Institut national d'études démographiques, 2019). Cette croissance démographique résulte, d'une part, d'une fécondité encore élevée, à savoir un taux de natalité de 32,7 ‰ avec un indice de fécondité de 4,26 enfants par femme, et, d'autre part, d'une mortalité en baisse, à 8,4 ‰ en 2018. Au sein de la population, il y a prépondérance de la population féminine (51,3% de femmes pour 48,7% d'hommes) et des jeunes puisque les personnes de moins de 15 ans représentent environ 44,4% de la population. Les personnes âgées

de 65 ans et plus, quant à elles, représentent seulement 2,90% de la population totale en 2019 (La Banque Mondiale, 2017). Quatre personnes sur dix vivent aujourd'hui en zone urbaine au Togo contre une sur dix en 1960 (Nations-Unies, 2019).

La figure 3 représente graphiquement les projections démographiques pour la population togolaise, issues des Nations Unies (2017). Cette dernière devrait doubler à nouveau en moins de 40 ans pour atteindre 17 millions de personnes en 2055. Cette croissance varie selon les groupes d'âge. D'après les perspectives de la population mondiale des Nations-Unies (2017), la population âgée de 15 et 65 ans va plus que tripler d'ici 2050 pour atteindre 10 millions pour cette même année. Les personnes âgées de 65 ans et plus représenteront 5,14% de la population. Globalement, en un siècle, la pyramide des âges du Togo sera passée d'une forme pyramidale, ce qui signifie que la population y est très jeune avec un taux de natalité élevé à une forme en toupie, à savoir une pyramide avec une base étroite et qui s'étire vers le haut, ce qui signifie que le taux de natalité y est très faible et que l'espérance de vie y est élevée (INED, 2019). Le vieillissement démographique explique aussi l'importance croissante des maladies chroniques dans la répartition des causes de décès.

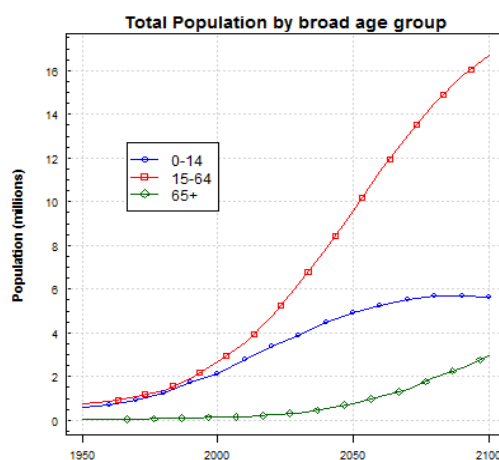


Figure 3 : Population togolaise de 1950 à 2100, répartie selon trois groupes d'âge, reproduit depuis Nations-Unies, 2017.

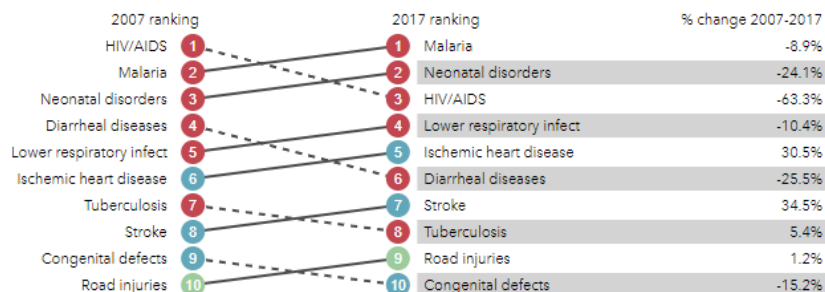
La croissance démographique élevée et les projections démographiques entraînent une forte pression sur les infrastructures et les services sociaux togolais de base tels que l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire et l'accès à l'énergie et à l'eau potable.

2.2. ÉPIDÉMIOLOGIE TOGOLAISE DES MALADIES CHRONIQUES : ZOOM SUR L'HTA

La situation épidémiologique des maladies chroniques au Togo est mal connue en raison d'une insuffisance de données factuelles récentes. Le Plan National de Développement Sanitaire 2017-2022 liste d'ailleurs parmi ses priorités le renforcement du système de surveillance et de collecte de données sur les facteurs de risque, l'incidence des maladies et la mortalité par cause (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017).

Comme l'illustre la figure 4, à l'heure actuelle, les premières causes de décès au Togo restent les maladies infectieuses, maternelles et transmissibles, à savoir la malaria suivie des troubles néonataux et de l'infection au VIH/sida, et ce, malgré une baisse importante de la proportion de décès liées à cette catégorie de cause. A contrario, la mortalité secondaire aux maladies cardiovasculaires a globalement augmenté. En effet, la proportion de mortalité par cardiopathie ischémique et par accident vasculaire cérébral a augmenté respectivement de 30,5 et 34,5% pour la période 2007-2017 (IHME, 2017).

What causes the most deaths?



Top 10 causes of death in 2017 and percent change, 2007-2017, all ages, number

Figure 4 : Taux de variation des 10 principales causes de décès sur la période 2007-2017 au Togo, reproduit depuis *IHME*, 2017.

L'enquête STEPS ou STEPwise, réalisée en 2010 (Agoudavi, 2012), a révélé les prévalences des principales maladies chroniques, responsables de la majorité des décès par maladie chronique au Togo. La prévalence de l'hypertension artérielle était de 19 % dans la population générale. Elle était croissante avec l'âge puisqu'elle était de 7 % chez les 15-24 ans et de 46,3 % chez les 55- 64 ans. Une seconde étude, réalisée à Lomé en 2011, a quant à elle, déterminé la prévalence de l'HTA à 36,7 % pour la population de la capitale (Yayehd et al.,

2013) qui confirme un taux plus élevé en zone urbaine. A cette forte prévalence s'ajoute une méconnaissance de la population. En 2010, plus de la moitié de la population togolaise n'avait jamais eu connaissance de sa tension artérielle : 62,4 % des hommes contre 42,0 % des femmes. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes consultent généralement au moins une fois au cours de leur vie procréative (Agoudavi, 2012).

Au-delà de la prévalence de l'HTA, un examen des facteurs de risques associés est nécessaire pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Toujours selon les résultats de l'enquête STEPS (Agoudavi, 2012), 6,2 % de la population étaient obèses au Togo en 2010 et 15,4 % des répondants étaient en surpoids. En 2010, 69,3 % de la population togolaise avaient un niveau d'activité élevé. Le niveau d'activité était néanmoins limité chez environ 13 % de la population.

La prévalence de la consommation quotidienne du tabac était estimée à 6,1 % au Togo en 2010. Alors que les prévalences des autres facteurs de risque de l'HTA étaient plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural, celle du tabac était significativement plus élevée en zone rurale qu'en zone urbaine. Le risque combiné MNT a aussi été évalué pour les sujets de la tranche d'âge des 25-64 ans lors de l'enquête STEPS : les 5 facteurs ci-après ont été utilisés pour définir l'indice de risque combiné : la consommation quotidienne de tabac, la consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour, la pratique réduite d'activité physique, le surpoids ou l'obésité ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) et l'HTA. Plus de 80% de cette tranche d'âge présentaient un à deux facteurs de risque. 16,1% de cette population combinaient 3 à 5 facteurs de risque différents (Agoudavi, 2012).

2.3. LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ TOGOLAIS

Les soins de santé sont fournis à la population togolaise par deux types de secteurs : le secteur public (représentant 59% des structures) et privé (41%). Le système d'offre de soins public est lui-même organisé en trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017).

Le **niveau primaire** est constitué de l'ensemble des structures de soins de santé primaires au sein des districts. Ces soins de premier contact sont structurés autour de trois échelons :

1. L'agent de santé communautaire « assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés et est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé » (Ministère de la santé et de la Protection Sociale, 2017). Les ASC, appelés également agents de santé des villages, sont particulièrement importants pour réduire les inégalités en matière d'accès aux services en offrant des services et des produits de santé aux femmes et aux hommes dans les communautés dans lesquelles ils vivent et travaillent plutôt que de devoir se rendre dans des établissements de santé qui peuvent être éloignés ou difficilement accessibles. Les agents de santé communautaires « assurent l'éducation sanitaire, la référence, la prévention et la prise en charge des cas, et le suivi ainsi que les visites à domicile dans des communautés déterminées. Ils apportent soutien et assistance aux personnes et aux familles pour qu'elles s'orientent dans les systèmes de santé et de services sociaux » (Organisation internationale du travail, 2008).

2. L'unité de soins périphériques ou USP I, dirigée par un infirmier diplômé d'état (IDE), est la première structure de soin publique qui se veut professionnalisée. Elle est appelée à servir de cadre de dispensation de soins intégrés, continus et globaux. Il est aussi la base du système de soins à partir de laquelle sont menées des activités de proximité vers les populations. Dans ce premier type de structures, seuls les infirmiers diplômés d'état sont habilités à consulter puisqu'il n'y a pas, ou très rarement, d'assistant médical (AM) ou de médecin. Le centre médico-social (CMS) ou USP II, dirigé lui par un assistant médical ou un médecin, joue globalement le même rôle que l'USP avec un plateau technique légèrement plus développé et les consultations sont effectuées par un assistant médical ou un médecin.

Les USP et les CMS se définissent en fonction d'un certain nombre de critères. L'USP, aussi couramment appelé dispensaire, déploie ses activités sur une population comprise entre 5.000 et 15.000 habitants. On y retrouve habituellement 5 lits, dont 4 sont destinés à la maternité. Généralement, il s'agit d'un seul et unique bâtiment dont le plateau technique est très limité et destiné aux soins curatifs, à la planification familiale, à la maternité et à la pharmacie. Officiellement, le personnel se compose d'infirmiers diplômés d'état, d'une accoucheuse auxiliaire, d'un assistant d'hygiène et d'un aide-soignant. Le CMS, quant à lui, est conçu pour une population supérieure à 15.000 habitants avec une moyenne de 16 lits à l'attention des soins curatifs et de la maternité. L'agencement de l'espace est destiné aux services de soins. Toutefois, un bloc supplémentaire à destination de la planification familiale et de la maternité est mis sur pied. S'y ajoutent, *a priori*, un laboratoire, une pharmacie et une unité de mise en observation des malades. Officiellement, le personnel se compose d'assistants médicaux à défaut de médecins, d'infirmiers, de sages-femmes, d'accoucheuses et de laborantins.

3. La polyclinique ou hôpital I et l'hôpital de district ou hôpital II constituent le deuxième niveau de référence. L'hôpital de district dispose d'un bloc chirurgical tandis que l'hôpital sans antenne chirurgicale est appelé polyclinique.

Les **soins secondaires** sont assurés au niveau des Centres Hospitaliers Régionaux. Ils constituent le deuxième niveau de référence et de recours pour les USP de type I et II et le premier pour les hôpitaux I et II.

Les **soins de santé tertiaires**, correspondant au troisième niveau de soins, sont dispensés au sein des Centres Hospitaliers Universitaires et des hôpitaux spécialisés.

L'organisation du système public de soins est assurée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, anciennement dénommé Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, qui est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central.

D'abord, le **niveau périphérique** correspond au niveau opérationnel des soins de santé. Il est basé sur les districts sanitaires. Ceux-ci sont organisés selon le découpage administratif du pays. Ce dernier est divisé en 6 régions (Lomé constituant une région à elle seule) ² ; les 5 régions sont divisées en 35 préfectures ; celles-ci sont subdivisées en 116 communes. Chaque préfecture correspond à un district sanitaire ; le Togo compte dès lors 35 districts sanitaires qui sont tous dirigés par une Direction préfectorale de la santé. Dans chacun de ces districts sanitaires se retrouve un ensemble de formations sanitaires. Au total, en 2017, le pays comptait 744 USP, 303 CMS, 72 polycliniques, 29 HD, 6 CHR, 4 hôpitaux spécialisés et 3 CHU (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017). Ce niveau périphérique est chargé de la planification, de l'opérationnalisation, du suivi et de l'évaluation des activités de soins de santé primaires. Ce niveau est également chargé de la mobilisation des communautés et des acteurs locaux, y compris les praticiens traditionnels.

Ensuite, le **niveau intermédiaire** est constitué par les 6 régions sanitaires que comporte le Togo, dirigées par les 6 Directions Régionales de la Santé. Au sein de ces régions sanitaires

² Le cas de la ville de Lomé sera présenté dans la partie « Cadre de l'étude ».

se retrouvent les CHR. Le but de ce niveau intermédiaire est d'encadrer, de coordonner et d'apporter un appui aux districts sanitaires.

Enfin, **le niveau central**, organisé autour du Cabinet du Ministre, du Secrétariat général et d'autres services rattachés, comprend les CHU et les centres de référence. Il est chargé de l'élaboration des politiques et des normes sanitaires, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances du système de santé togolais.

Les différentes structures organisationnelles qui viennent d'être décrites ont permis l'instauration des politiques publiques pour répondre à la problématique posée par une prévalence élevée d'HTA au Togo.

2.4. POLITIQUES SANITAIRES TOGOLAISES D'OFFRE DE SOINS : L'HTA

Depuis la réforme de la Politique de Santé de 2011, les autorités publiques sanitaires togolaises ont défini 5 objectifs de développement : réduire la mortalité maternelle et néonatale et renforcer la planification familiale ; réduire la mortalité infanto-juvénile ; combattre le VIH, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies y compris les MNT, les maladies à potentiel épidémique et les maladies tropicales négligées ; promouvoir la santé dans un environnement favorable à la santé ; améliorer l'organisation, la gestion et les prestations des services de santé. Conformément à ces objectifs généraux, la Politique Nationale de Santé a défini 8 domaines d'interventions prioritaires : la prévention et prise en charge des maladies au niveau communautaire ; la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et de la personne âgée ; le contrôle des maladies ; l'accessibilité et la qualité des services et soins de santé ; la gouvernance et le pilotage du système de santé ; l'information sanitaire ; les ressources humaines en santé ; les médicaments essentiels, vaccins, produits sanguins et technologies médicales ; le financement du secteur de la santé. La mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé est soutenue par différents Plans Nationaux de Développement Sanitaires (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2012 ; 2017). Agir pour améliorer la prise en charge de l'HTA nécessite d'intervenir au niveau de ces 8 domaines.

Face aux constats de la croissance des maladies non transmissibles, l'un des 5 axes stratégiques du PNDS 2017-2022 concerne le « *renforcement de la lutte contre les maladies non transmissibles et promotion de la santé* » (Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2017). L'objectif visé à travers cet axe est de réduire significativement la morbidité, l'incapacité

et la mortalité liées aux maladies non transmissibles sur la période de 2017 à 2022. Cet axe stratégique répond tant à l'objectif national énoncé ci-dessus qu'aux orientations internationales telles que le troisième objectif des Objectifs de Développement Durable, adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015 (Nations-Unies, s.d.).

Pour atteindre cet objectif, le PNDS 2017-2022 énonce différentes méthodes qui se veulent être centrées sur une approche coordonnée et intégrée et basées sur des données factuelles. Ces différentes stratégies sont énoncées dans le Plan National de Lutte Contre les Maladies Non Transmissibles. Notre travail portant sur la prise en charge de la maladie chronique, nous n'aborderons ici que les stratégies qui concernent la prise en charge de la maladie, une fois que celle-ci est présente.

La première stratégie concerne le renforcement des capacités, du leadership, de la gouvernance, de l'action multisectorielle et des partenariats pour accélérer la lutte contre les maladies non transmissibles. La seconde stratégie touche le renforcement et la réorientation du système de santé afin de prévenir et de combattre les MNT. Soulignons ici différentes interventions prioritaires : renforcer les capacités de prise en charge intégrée du diabète et de l'HTA dans l'ensemble des districts sanitaires, notamment via l'approche WHO-PEN, *the WHO Package of Essential Noncommunicable* ; renforcer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé et de réadaptation dans le domaine des affections chroniques, à savoir la mise à disposition des formations sanitaires des directives sur le diagnostic et le traitement, la formation du personnel sur la prise en charge des MNT, la capacité de diagnostic et les intrants nécessaires.

L'approche WHO-PEN est un ensemble d'interventions créé par l'OMS en matière de lutte contre les principales maladies non transmissibles pour les pays à faibles ressources. Il s'agit d'un ensemble d'outils de prévention et de gestion des maladies non transmissibles qui se veulent novateurs, rentables et applicables aux malades vivant dans des pays à ressources limitées. A l'heure actuelle, seuls 3 districts sanitaires, sur les 40 que compte le pays, ont bénéficié de cette approche.

Comme nous le voyons, le Togo n'est pas dépourvu de structures et de politiques publiques sanitaires. Passons en revue deux modèles internationaux de prise en charge des maladies chroniques qui pourront être au service de ceux-ci.

3. REVUE DE LITTÉRATURE DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Il existe une multitude de recommandations en matière de prévention, de prise en charge et de suivi des maladies cardiovasculaires à l'échelle mondiale. L'ensemble de ces recommandations internationales a pour but de faire baisser l'incidence ainsi que la morbidité et la mortalité des maladies cardiovasculaires. Cette section présente une brève revue de la littérature des paradigmes qui structurent ces recommandations.

3.1. FACTEURS DE SUCCÈS DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Etant donné que le propre de la maladie chronique est d'être une affection évoluant sur le long terme et donc d'être incurable, les besoins de prise en charge sont différents de celui des maladies aiguës. Il en découle que l'expansion mondiale des maladies chroniques impose un changement de paradigme à tous les systèmes de soins, qui requiert de passer des caractéristiques biomédicales de la pathologie à des soins centrés sur le patient.

La revue de littérature (Nolte et al., 20098 ; Curry, Ham, Sugarman & King Edward's Hospital fund for London, 2010 ; Ham, 2010) dégage nettement certains éléments favorisant la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

- Les soins de santé primaires : les soins de santé primaires sont devenus en 1978 l'une des politiques clés de l'Organisation mondiale de la Santé lors de l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata. Depuis, de nombreux pays à travers le monde ont implémenté l'offre de soins primaires dans leur système de santé. Ces soins permettent d'assurer la promotion de la santé, l'amélioration de la qualité de vie, la prévention et le traitement des maladies, la réhabilitation, la prise en charge des douleurs et les soins palliatifs, l'intégration et la continuité des soins. Ces soins donnent avant tout la priorité à la participation des patients dans la prise de décision concernant leur santé (OMS, 1996).

Les soins de santé primaires sont plus efficaces et donnent plus de satisfaction aux citoyens que toutes les autres options. Nombreuses sont les études (Brunn & Chevreul, 2013) qui prouvent que les meilleurs résultats de prise en charge de toutes les maladies confondues sont obtenus dans des systèmes de santé dotés de structures de soins de santé primaires intégrés et efficaces car celles-ci permettent d'assurer des services globaux, continus et coordonnés. Dès lors, les soins de santé primaires, caractérisés par des soins globaux, continus, accessibles et centrés sur la personne, apparaissent comme le lieu privilégié pour une gestion de qualité des

patients hypertendus et autres maladies chroniques dans l'ensemble des systèmes de santé dans le monde (Dennis et al., 2008 ; Brunn & Chevreul, 2013).

- L'éducation thérapeutique : bien que légèrement susceptible de varier en fonction de la pathologie, celle-ci est un élément indispensable dans la prise en charge des patients vivant avec une maladie chronique afin de favoriser l'auto-prise en charge. Cette éducation implique un changement de paradigme et de culture professionnelle car le prestataire délègue au patient une partie du savoir et de la responsabilité qui traditionnellement lui appartiennent exclusivement.
- Le retour d'informations vers les professionnels sur leurs pratiques : si l'importance des référentiels de bonnes pratiques professionnelles est établie, le retour d'information est aussi important car il a le potentiel d'améliorer l'adhésion à ces recommandations : les professionnels peuvent confronter un comportement perçu (« je pense suivre les recommandations ») à un comportement réel (« il y a un écart entre mes performances et la norme »).
- Le système d'information : un système d'information couvrant l'ensemble de la population consommatrice de soins et renseignant sur les services consommés et/ou l'état clinique est indispensable pour identifier des patients à risque et éligibles aux programmes de prise en charge. Par ailleurs, il constitue un facteur facilitant la mise en œuvre du retour d'information vers les professionnels, celui-ci ayant été décrit précédemment ; il peut être associé à une meilleure qualité des soins.

3.2. DEUX MODÈLES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES

Le modèle conceptuel de prise en charge des malades chroniques, le *Modèle des Soins Chroniques*, traduit de l'anglais *Chronic Care Model* (Wagner et al., 2001), contient l'ensemble des facteurs de succès ci-dessus énoncés. Ce modèle reconnaît, au travers de ses éléments, que la gestion optimale des maladies chroniques implique l'adaptation de l'organisation des soins de santé. Il est à la base de l'outil que nous utiliserons dans la méthodologie, l'*Assessment of Chronic Illness Care Scale* (Improving Chronic Illness Care, 2018),

Anciennement, l'ensemble des systèmes de soins du monde ont été organisés de manière à réagir rapidement et efficacement à un problème immédiat. Il était peu urgent de développer des compétences d'autogestion du patient ou des programmes de suivi. Cependant, dès la fin du 20^{ème} et le début du 21^{ème} siècle, les maladies chroniques ont fait leur apparition massive dans les pays occidentaux. Il est apparu que la gestion efficace des maladies chroniques nécessitait un nouveau type de pratiques, spécialement conçues pour accompagner les patients

à faire face aux défis des maladies chroniques (Renders et al., 2001). C'est dans ce contexte, qu'en 1998, Wagner et ses collègues du programme d'Amélioration des Soins aux Maladies Chroniques, avec le soutien de la Fondation Robert Wood Johnson, ont développé le CCM.

Wagner décrit les soins chroniques comme « *la prévention, le diagnostic, la gestion et le traitement palliatif des maladies chroniques* » et son modèle est internationalement reconnu comme la principale réponse stratégique aux problèmes posés par les maladies chroniques (Wagner et al., 2001). Il préconise une refonte des organisations de soins afin de fournir des systèmes de services de santé à plusieurs facettes, coordonnés et continus et donc intégrés et ce, sur base d'une synthèse des meilleures données probantes. Le modèle se veut flexible et susceptible de changer lorsque de nouvelles preuves apparaissent (Wagner, 1998).

Le CCM identifie 6 éléments interdépendants pour un soin de haute qualité, tels que l'illustre la figure 5 (Bongaerts et al., 2017 ; Wagner et al., 2001) :

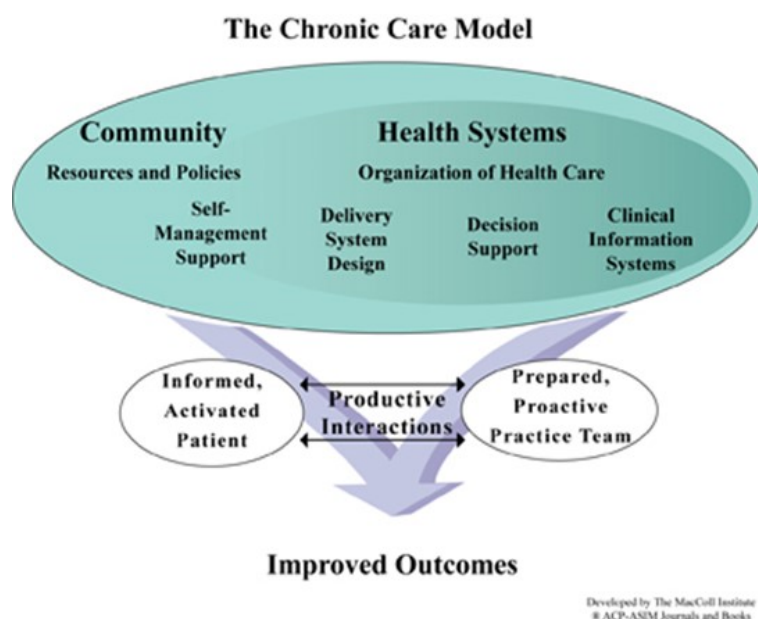


Figure 5 : Représentation schématique de l'interaction entre les 6 éléments du Modèle de Soins Chroniques, reproduit depuis *Wagner & al.*, 2001.

1. L'organisation des soins de santé : un système qui cherche à améliorer les soins des maladies chroniques doit être motivé et préparé au changement dans l'ensemble de son organisation. Il s'agit globalement de concevoir et d'appliquer des stratégies d'amélioration de la prise en charge de la population souffrant d'une affection chronique.

2. La mobilisation des ressources communautaires : les prestataires de soins doivent pouvoir collaborer avec les ressources externes du patient et de sa communauté.
3. Le soutien à l'autogestion : la prise en charge de la maladie chronique repose dans une large mesure sur l'autogestion efficace du patient. L'objectif est donc de renforcer le rôle du patient au cœur de la gestion de sa propre maladie.
4. L'aide à la décision : la mise en œuvre des soins, telle que les décisions cliniques et les informations données au patient, est issue de la médecine fondée sur des preuves. Les besoins et les préférences du patient sont également pris en considération.
5. La conception du système de prestations : pour améliorer la gestion des maladies chroniques, il faut des modifications dans l'organisation pratique des soins. L'approche proactive est recherchée avec les maladies de longue durée : l'interaction entre l'équipe de soins et le patient permet le suivi de la pathologie, sans attendre la survenue d'un épisode aigu (Wagner et al., 2001). En effet, les systèmes de santé actuels sont encore souvent dominés par des approches réactives en cas de complications. Il arrive dès lors fréquemment qu'un dommage irréparable soit déjà survenu tel qu'un AVC ou un infarctus du myocarde chez des patients hypertendus (Steurer-Stey, Frei & Rosemann, 2010).
6. Un système d'information clinique : un dispositif de recueil des données sur les patients et sur la population doit être disponible.

De nombreuses études (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009 ; Bonomi, Wagner, Glasgow & VonKorff, 2002 ; Davy, Bleasel, Liu, Tchan, Ponniah, & Brown, 2015) ont eu l'occasion d'examiner la validité, l'utilité et l'efficacité du CCM pour améliorer avec succès les pratiques de santé pour plusieurs maladies chroniques dans divers systèmes de soins de santé des pays à revenus élevés. Levesque et al. (2007) citent une méta-analyse de Tsai, Morton, Mangione & Keller (2005) qui suggère que l'implantation d'au moins une caractéristique du CCM s'associe à une amélioration des processus et résultats de soins pour les personnes atteintes d'asthme, de diabète, d'insuffisance cardiaque et de dépression.

Puisque le CCM a été développé pour les pays à hauts revenus, l'OMS a étendu ce modèle afin qu'il soit plus pertinent et applicable aux pays à faibles et moyens revenus. Elle a par conséquent créé le ***Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques*** (*Innovative Care for Chronic Conditions Framework*) (OMS, 2003), second modèle retenu pour notre travail. Ce modèle présente globalement les mêmes éléments que le modèle proposé par

Wagner. Il reconnaît l'existence d'un environnement stratégique d'offre de soins plus large qui englobe trois entités interreliées telles que présenté dans la figure 6 : les malades et leurs familles, les organisations de soins et les communautés. Chaque élément de la triade est indispensable aux deux autres et chacun a un rôle important à jouer pour améliorer l'offre de soins aux patients hypertendus. Ce modèle complète et renforce les principes du CCM puisque, d'une part, l'innovation de la prise en charge des affections chroniques qu'il préconise repose sur l'intégration des trois niveaux du système de soins de santé, les niveaux macro, méso et micro et, d'autre part, il met l'accent sur la nécessité d'exploiter les capacités du malade et de leur famille pour améliorer les soins aux affections chroniques.



Figure 6 : Le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques, reproduit depuis OMS, 2003.

Nous avons, dans ce chapitre, réalisé l'état des lieux démographique, sanitaire, organisationnel et politique du Togo. Nous avons aussi brièvement passé en revue deux modèles, le Modèle des Soins Chroniques et le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques. Il s'agit de deux stratégies pertinentes à utiliser pour adapter l'offre de soins pour les maladies chroniques et ce, pour tous les systèmes de soins de santé, peu importe leur taille et leur structure financière (Wagner, 2001 ; OMS, 2003).

4. HYPOTHÈSES D'INVESTIGATION

Au cours de cette étude, au-delà de l'identification des forces et des faiblesses de l'offre de soins, nous concentrerons notre recherche quantitative sur trois hypothèses de recherche :

Hypothèse I : l'évaluation de la situation de l'offre de soins pour l'HTA diffère en fonction des professions.

Hypothèse II : le lieu d'exercice de la fonction influence sur l'évaluation de l'offre de soins aux patients hypertendus.

Hypothèse III : le nombre d'années de travail peut en partie expliquer les scores obtenus pour le questionnaire quantitatif.

CHAPITRE 2. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Ce chapitre détaille le processus méthodologique de notre étude.

1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Pour répondre aux objectifs de l'étude, ce travail s'inscrit dans une méthodologie mixte par design séquentiel explicatif. Il s'agit d'une étude réalisée en deux phases de recueil de données successives : une phase de récolte des données quantitatives, prioritaire, suivie d'une phase de récolte de données qualitatives. Le but de la succession de ces deux méthodes de recueil des données est de clarifier les résultats issus de la phase quantitative par la phase qualitative. La démarche qualitative vient donc en appui de la démarche quantitative et est planifiée à l'issue des résultats quantitatifs (Plano & Ivankovan, 2015).

2. CADRE ET PÉRIODE DE L'ÉTUDE

L'étude présentée dans ce mémoire a été menée du 22 janvier au 10 février 2019 au sein du niveau primaire du système de santé public de la capitale togolaise. Ce choix de localisation géographique se justifie par des questions de facilité d'accès.

La ville de Lomé fait partie de la région de Lomé Commune, une région sanitaire³ autonome des 5 autres régions du pays. La région de Lomé Commune est localisée dans la préfecture du Golfe, l'une des 35 préfectures que compte le pays et elle est géographiquement située dans la Région Maritime. La région de Lomé Commune est subdivisée en 5 districts. Au sein de ceux-ci, l'offre de soins publique de premier niveau est organisée comme suit : il y a 111 unités de soins périphériques, 74 centres médico-sociaux et 6 hôpitaux de district (annexe 2).

Nous avons volontairement choisi d'effectuer l'étude sur un seul district, le district numéro 5 et ce pour des questions organisationnelles. Ce choix de district a, quant à lui, été effectué en fonction du nombre important de formations sanitaires du premier niveau se trouvant au sein de celui-ci et de leur facilité d'accès.

³ La région Lomé Commune n'existe pas sur le plan administratif ; c'est seulement sur le plan sanitaire que la ville de Lomé a été érigée en région sanitaire.

Au sein de ce district, nous avons sélectionné deux types de formations sanitaires de première ligne : les centres médico-sociaux et l'hôpital de district. Nous avons voulu étudier la qualité de l'offre de soins aux patients hypertendus dans les structures de première ligne, également appelées les structures de soins de santé primaires puisque, comme présenté dans le cadre théorique, celles-ci détiennent un rôle central dans la prise en charge des maladies chroniques. Sur les quatre centres médico-sociaux que compte le district numéro 5, nous en avons choisi trois : Bé Attikoumé, Doumasséssé et Djidjolé. L'hôpital de district Cacavéli a aussi été sélectionné (annexe 2). Le choix effectif de ces trois CMS et de l'HD se base sur leurs disponibilités et sur leur motivation de contribuer à notre étude.

Au-delà des formations sanitaires du district numéro 5 de la Région de Lomé Commune, nous avons également eu l'opportunité d'inclure la polyclinique d'Agoé Demakpoé dans notre étude. Elle est située dans le district du Golfe, lui-même dépendant de la Région Maritime, et contient 5 CMS et la polyclinique.

3. INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES

Au sein de cette étude par design séquentiel explicatif, deux outils de recueil de données ont été utilisés.

Dans un premier temps, nous avons utilisé l'échelle d'évaluation des soins des maladies chroniques (version 3.0), traduit de l'anglais *Assessment of Chronic Illness Care Scale* (Improving Chronic Illness Care, 2018). Cet outil repose sur le principe de l'échelle de Likert : il s'agit d'un outil psychométrique fiable permettant de mesurer une opinion, un comportement ou une perception chez des individus. Contrairement aux questions binaires qui ne proposent que deux options de réponse, les questions de type échelle de Likert évaluent plus précisément les opinions. En effet, cette échelle comporte davantage d'options de réponse allant d'une opinion/ attitude extrême à une autre (Likert, 1932).

L'*ACIC Scale* utilise un système de notation à onze options de réponse pour évaluer six composantes du système de soins de santé. Chaque composante est subdivisée en une série d'items. Chaque question possède plusieurs affirmations pour lesquelles les personnes interrogées expriment leur degré d'accord ou de désaccord (Wagner et al., 2001).

Le contenu de cet outil est dérivé du *Modèle de Soins Chroniques*, de l'anglais *Chronic Care Model* qui reprend six composantes (Wagner et al., 2001) à savoir, l'influence organisationnelle (3 sous-items), la relation avec la communauté (4 sous-items), l'appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge (4 sous-items), le système d'aide à la décision (3 sous-items), la conception du système d'offre de soins (9 sous-items), le système d'information clinique (6 sous items) et l'intégration des soins chroniques (5 sous-items). Chaque participant est invité à entourer la valeur du point qui décrit le mieux, selon lui, le niveau de soins pour l'hypertension artérielle qui existe actuellement sur son lieu de travail. Pour chacune des composantes, les scores sont classés comme suit : 0–2 (soutien limité) ; 3–5 (support de base) ; 6-8 (bon soutien) ; et 9–11 (support entièrement développé).

Afin de faciliter l'utilisation et la compréhension de cet outil par les professionnels de la santé togolais, nous avons utilisé une version traduite en français (annexe 3). Nous avons employé la version traduite par Drabo, Konfe et Macq (2010), auteurs de l'article « *Assessment of the health system to support tuberculosis and AIDS care. A study of three rural health districts of Burkina Faso* ». Nous avons adapté certaines questions de la version française à notre problématique et au contexte de l'étude. De plus, toujours pour faciliter la compréhension du questionnaire, la mise en page de ce dernier a été retravaillée. Une feuille vierge a été annexée en fin de questionnaire pour permettre à toutes les personnes questionnées, si elles le souhaitent, d'écrire leurs commentaires généraux à propos de l'étude et de justifier leurs scores en quelques lignes.

Dans un second temps, afin d'approfondir la compréhension des résultats quantitatifs obtenus par l'*ACIC Scale*, nous avons utilisé la démarche qualitative. Selon des critères de sélection présentés dans la procédure de collecte de données, certains répondants à l'outil quantitatif ont été invités à fournir une justification de leur score pour chacun des éléments du questionnaire lors d'entretiens semi-directifs. Ce type d'entretien a été choisi dans le but de permettre à la personne interrogée de parler librement tout en orientant en partie son discours autour de différents thèmes définis au préalable et consigné dans un guide d'entretien (Aujoulat, 2018). En dehors de la partie introductive au cours de laquelle nous déclinons notre identité, nous expliquons brièvement le but de l'entretien et demandons l'identité de la personne interrogée et son accord d'enregistrement, le guide d'entretien (annexe 4) est composé d'une vingtaine de questions classées selon les composantes de l'*ACIC Scale*.

4. ÉCHANTILLONNAGE

Un échantillonnage sélectif, ou intentionnel, est utilisé pour les phases de recueil des données quantitatives et qualitatives. Ce type d'échantillonnage consiste, selon Aujoulat (2018), en une sélection suivant certains critères d'inclusion, prédéfinis en fonction des objectifs de recherche de l'étude. La population cible de notre étude comprend les soignants qui prennent en charge des patients hypertendus dans les structures publiques du niveau de soins primaires présentées ci-dessus. Sont donc inclus dans les critères d'inclusion pour la phase de recueil de données quantitative quatre types de professionnels de soins : les infirmiers diplômés d'état, les assistants médicaux, les médecins généralistes et les cardiologues, intervenants ponctuellement dans les CMS. L'équilibre entre le nombre de prestataires est recherché.

Une fois l'approbation du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale reçue, nous avons rencontré la directrice du district numéro 5 qui nous a référé auprès des responsables de trois CMS et de deux HD. Les premiers professionnels ont été inclus par l'intermédiaire de ces responsables des formations sanitaires. L'échantillonnage s'est poursuivi par effet « boule de neige », ce qui consiste à recruter de nouveaux participants selon les recommandations faites par les premiers participants (Aujoulat, 2018) pour autant qu'ils correspondent aux critères de sélection.

Pour la taille de l'échantillon, nous n'avons pas fixé un minimum de questionnaires, ni fixé un maximum *a priori* puisque le but de notre étude n'est pas de généraliser nos résultats à l'ensemble des formations sanitaires du premier niveau au Togo. Nous avons donc laissé aux responsables des formations sanitaires le soin de décider, à quelques enquêtes près, le nombre de questionnaires déposés dans leur structure en fonction de la disponibilité de leurs prestataires de soins.

Pour la phase de recueil de données qualitatives, les critères d'inclusion étaient différents que pour la phase quantitative. Une fois les scores obtenus par la phase quantitative, nous avons sélectionné une série de questionnaires selon différents critères. Nous avons d'abord voulu obtenir les avis des différents prestataires de santé ayant répondu à notre questionnaire afin de garantir une certaine homogénéité. Ensuite, nous désirions réaliser des entretiens avec des prestataires issus des différentes formations sanitaires sélectionnées. Enfin, nous avons choisi d'interroger des professionnels qui présentaient des scores variés à l'*ACIC Scale*.

L'objectif de cette phase qualitative n'était pas non plus de pouvoir généraliser nos résultats au sens statistique du terme. En effet, la théorie issue de la recherche qualitative n'a pas pour but de produire des conclusions universelles pour les structures de première ligne du Togo selon un raisonnement d'inférence statistique. Néanmoins, elle vise une généralisation analytique ; on reste dans le cadre des contextes et des situations étudiées (Dumez, 2013). Le nombre d'agents de santé interviewés dépend donc du seuil de saturation des données, « *ce qui se produit quand le chercheur s'aperçoit que les réponses deviennent répétitives et qu'aucune nouvelle information ne s'ajoute* » (Aujoulat, 2018).

5. PROCÉDURE DE COLLECTE DES DONNÉES

Afin d'accroître la qualité des deux instruments de collecte des données, nous avons réalisé un pré-test. Le but de celui-ci était de s'assurer de la bonne compréhension des directives pour remplir le questionnaire et de son contenu et de réduire les imperfections de notre guide d'entretien. Notre test a été réalisé auprès de trois prestataires de santé belges. Leurs commentaires ont permis de réajuster nos deux outils de mesure pour obtenir la version finale, validée par le promoteur.

Les questionnaires quantitatifs ont été remis, soit en main propre aux prestataires de santé, soit par l'intermédiaire du responsable de la formation sanitaire qui avait la responsabilité de le remettre aux professionnels. Il s'agissait donc de questionnaires auto-administrés. Dans les deux cas, l'étude et le questionnaire ont été présentés oralement et les directives pour remplir ce dernier ont été expliquées. Une feuille d'information (annexe 5) et un formulaire de consentement (annexe 6) ont été systématiquement remis à chaque prestataire. Un délai de quelques jours à une semaine a été laissé aux prestataires pour compléter le questionnaire de manière individuelle. En moyenne, selon les retours reçus, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire variait de 25 à 60 minutes.

Au fur et à mesure des questionnaires récupérés, nous avons analysé les scores afin d'en tirer des résultats totaux et moyens pour chaque composante du questionnaire et un score global pour celui-ci. Nous avons ensuite procédé à une sélection de questionnaires complétés pour les entretiens qualitatifs selon les critères énoncés ci-dessus.

Sur le plan pratique, les personnes que nous souhaitions interroger ont été contactées par téléphone et les modalités de rencontre étaient convenues. Nous avons rencontré les

professionnels en dehors de leurs heures de travail afin de ne pas les déranger durant l'exercice de leur fonction. En moyenne, l'entretien durait une heure. Les rencontres se déroulaient en trois temps. D'abord, les résultats de la phase quantitative leur étaient présentés et le but de l'entretien énoncé ; ensuite, nous présentions les questions du guide d'entretien ; pour terminer, les remerciements et les modalités de feedback des résultats étaient exprimés. Certaines questions du guide d'entretien ont fait l'objet de modifications au fur et à mesure des entretiens car nous nous sommes rendu compte qu'une question était systématiquement mal comprise.

Au-delà du recueil d'analyse des données quantitatives et qualitatives, nous avons eu l'opportunité de participer, grâce à l'autorisation du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, à des consultations de médecine générale et de cardiologie prenant toutes deux en charge des patients hypertendus dans l'un des hôpitaux de district, Agoé Démakpoè. Durant ces consultations, nous avons adopté un rôle d'observateur sans participer à la situation et l'observation s'est faite à découvert (Aujoulat, 2018) puisque les prestataires et les patients étaient informés de l'objet de notre présence. Ce recours à l'observation nous paraît pertinent puisqu'il permet d'approcher de plus près les pratiques effectives de la prise en charge des patients hypertendus dans les structures du premier niveau de soins.

6. MÉTHODES D'ANALYSE DES DONNÉES

Les données quantitatives ont été étudiées par Excel et avec le software de statistique IBM-SPSS Statistics 22. Un score total et moyen a été calculé pour chaque composante du questionnaire et un score global pour ce dernier a également été créé. Chaque question et chaque composante du questionnaire ont été analysées sous la forme de tableaux.

Le traitement des données qualitatives est, quant à lui, sémantique et il a été conduit à la main, aucun logiciel de traitement de données n'ayant été utilisé. L'analyse sémantique étudie le sens des idées émises ou des mots, contrairement à l'analyse statistique qui procède à des comptages de mots, des morceaux de phrases ou des catégories et à des analyses de données.

Après avoir retranscrit les données qualitatives, leur traitement a consisté en une analyse thématique : nous avons procédé au découpage de chaque matériau en unités d'analyse correspondant à des thèmes à valeur de description. Chaque unité d'analyse a reçu une appellation et leur fonction était de classement ou descriptive : elle permettait, pour chacune d'entre elles, de cerner ce qui était abordé dans l'extrait du corpus correspondant (Aujoulat,

2018). Les unités d'analyse ont été prédéfinies au départ de la recherche. Elles correspondent aux 6 composantes du Modèle de Soins Chroniques. La troisième et dernière étape de notre analyse de données qualitatives a consisté en une interprétation portant sur l'ensemble des entretiens.

7. CARACTÉRISTIQUES ET POSTURE DE LA RECHERCHE

Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'études du master en Sciences de la Santé Publique à l'Université catholique de Louvain en Belgique. Excepté divers travaux réalisés dans le cadre du master ainsi que le travail de fin d'études réalisé au terme du bachelier en Soins Infirmiers, nous ne possédons aucune expérience dans le domaine de la recherche.

Nous sommes externes aux différentes formations sanitaires exploitées dans ce travail ; nous n'avons donc pas de connaissances sur ce qui fonctionne ou non a priori.

8. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET ADMINISTRATIVES

L'étude ne pouvait avoir lieu qu'après approbation et autorisation du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale togolais. Nous avons donc soumis le protocole de recherche pour avis à ce même ministère. Après son examen selon les lignes directrices nationales d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains, nous avons reçu leur approbation (annexe 7).

La Commission éthique de la Faculté de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain a été également saisie. Celle-ci nous a remis un avis éthique non contraignant orienté pour des études à l'international (annexe 8).

La participation à l'étude des professionnels de la santé des formations sanitaires sélectionnées a été volontaire. L'anonymat a été garanti ; seules des informations sur la profession des participants sont mentionnées dans les résultats. L'ensemble des participants ont été informés quant au but et au déroulement de l'étude. Chaque participant a pu remplir l'outil, complètement ou non, répondre ou non aux questions posées, abandonner sa participation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier sa décision. Les participants qui le souhaitent auront accès aux résultats de l'étude.

CHAPITRE 3. ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre nous conduit à la présentation des résultats de notre recherche. La présentation de la population de l'étude sera suivie d'une présentation des résultats quantitatifs et qualitatifs.

1. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON EFFECTIF

Trois centres médico-sociaux, une polyclinique et un hôpital de district ont été visités. Seul un CMS n'a pas été sélectionné pour notre étude puisque les professionnels rencontrés ont mentionné ne pas prendre en charge des patients hypertendus, ceux-ci étant directement référés vers un cardiologue pratiquant dans un autre CMS ou HD.

Dans les quatre formations sanitaires sélectionnées, 35 questionnaires ont été distribués aux différents prestataires. Nous en avons récupéré 29. Les 6 prestataires n'ayant pas remis le questionnaire ont évoqué différents motifs : 3 par manque de temps, 2 par oubli et 1 par manque de contacts avec des patients hypertendus. Sur les 29 questionnaires récupérés, 3 ne sont pas valides : 2 non inachevés et un mal complété. Sur les 26 questionnaires pouvant être analysés, 9 d'entre eux proviennent de l'hôpital de district de Cacavéli, 7 du centre médico-social de Doumasséssé, 3 de celui d'Atikomé et 7 de la polyclinique d'Agoé Demakpoé.

Quatre professions différentes ont répondu à notre enquête quantitative. Les infirmiers diplômés d'état sont les plus nombreux car ils représentent plus de la moitié des interrogés, avec 14 questionnaires ; les assistants médicaux constituent le tiers de notre échantillon avec 8 questionnaires contre 3 questionnaires issus de médecins et 1 seul d'une sage-femme. Il y a davantage d'IDE et d'AM car ces deux professions sont les plus représentées au sein des formations sanitaires. Les trois médecins interrogés proviennent tous de structures de santé différentes. Nous avons fait le choix de n'interroger qu'une seule sage-femme car l'hypertension artérielle gestationnelle n'est pas notre sujet d'étude.

D'avantage de prestataires masculins ont répondu au questionnaire quantitatif puisque sur les 26 questionnaires valides, 16 ont été complétés par des personnes de sexe masculin.

L'expérience professionnelle pour l'ensemble des prestataires varie entre 1 et 20 ans avec une médiane de 6 années de fonction. Ce sont les médecins qui ont une ancienneté plus

élevée et les AM qui ont le moins de temps d'années d'expérience. La seule sage-femme ayant répondu à notre étude travaillait depuis 4 ans. Le tableau 1 collecte les caractéristiques des agents de santé ci-dessus présentées.

Tableau 1. Caractéristiques des agents de santé interviewés (N= 26).

Variable	N (%)	Médiane (Min ; Max)
Lieu de travail	Poly Agoé = 7 (26,9) HD Cacaveli = 9 (34,6) CMS Atikomé = 3 (11,5) CMS Doumasséssé = 7 (26,9)	
Type de profession	AM = 8 (30,8) IDE = 14 (53,8) MED = 3 (11,5) SF = 1 (3,8)	
Sexe	Masculin = 16 (61,5) Féminin = 10 (38,5)	
Expérience professionnelle en années		Total = 6, 00 (0 ; 20) AM = 5,50 (2 ; 9) IDE = 7,00 (0 ; 20) MED = 8,00 (6,12)

Pour la phase qualitative, après 5 entretiens avec des prestataires de différentes professions, le seuil de saturation semblait atteint ; 1 entretien supplémentaire a toutefois été réalisé afin de confirmer cette saturation. De plus, 5 personnes ont laissé des commentaires libres en fin de questionnaire.

Sur les 6 personnes qui ont répondu à notre guide d'entretien, il y avait 2 AM, 4 IDE et 1 médecin. Il est important de préciser que 2 infirmiers sur les 4 interrogés ont suivi, en 2017, une formation de deux mois aux Hôpitaux Universitaires de Genève en Suisse sur l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité. Ces deux infirmiers provenaient du CMS de Doumasséssé tandis que les deux autres provenaient de deux autres structures de santé. Les AM travaillaient chacun dans une formation sanitaire distincte.

2. PRÉSENTATION DES DONNÉES

Avec la méthodologie choisie – soit la méthode mixte par design explicatif -, il est plus cohérent de commencer par présenter les données quantitatives de l'étude pour ensuite exposer les données qualitatives.

2.1. RÉSULTATS QUANTITATIFS

Les données quantitatives sont résumées sous forme de tableaux avec le score moyen et l'écart-type des réponses obtenues pour le questionnaire d'évaluation des soins à l'hypertension artérielle. Les résultats sont d'abord exposés pour l'ensemble des questionnaires. Ensuite, les résultats sont distingués en fonction de la profession et de la structure de soin pour faciliter la comparaison des données. Les résultats complets sont présentés dans l'annexe 9.

Pour rappel, comme décrit auparavant, ce questionnaire repose sur le principe de l'échelle de Likert. Les scores moyens sont exprimés sur 11. Plus grand sera le score, plus le prestataire jugera que la qualité de la prise en charge de l'hypertension artérielle dans son institution est bonne. L'interprétation précise est la suivante : entre 0 et 2, la prise en charge est limitée ; entre 3 et 5, elle est basique ; entre 6 et 8, elle est raisonnablement bonne ; et entre 9 et 11, la prise en charge du patient hypertendu est totalement développée.

Le tableau 2 nous présente pour l'ensemble des prestataires interrogés que le niveau de support global pour la prise en charge de l'hypertension artérielle est de base puisque le score moyen est de 5,3 sur 11 avec un écart type de 1,8.

Les prestataires sont relativement d'accord (écart type de 1,8) sur l'évaluation donnée pour la composante 1, *l'influence de l'organisation des soins*, (6,1 sur 11) : les agents de santé jugent que les politiques de santé en matière de prise en charge de l'HTA et l'institution dans laquelle ils travaillent soutiennent relativement bien et mettent l'accent sur les soins pour l'HTA. A contrario, les 5 autres composantes sont évaluées par les 26 professionnels comme basiques avec des scores variant de 4,6 à 5,6 et les avis sont davantage partagés que pour la première composante puisque les écarts-types sont d'environ 2,2. Les composantes 2 et 6, nommées *relations avec la communauté et les autres prestataires de soin* et *système d'information clinique*, sont les deux composantes les plus mal cotées par les prestataires puisqu'elles ont respectivement des scores moyens de 4,6 et 4,8 sur 11. Cela signifie que les

liens entre les structures de soins et les ressources communautaires ne sont pas suffisants pour jouer un rôle dans la gestion de l'HTA et le manque de disponibilité d'informations individuelles et populationnelles ne permet pas une gestion efficace de problèmes de santé chroniques.

Tableau 2. Présentation des scores obtenus pour les 26 questionnaires d'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients hypertendus.

Composantes	Moyenne sur 11 (écart-type)
C1 : Influence de l'organisation des soins	6,1 (1,8)
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	4,6 (2,4)
C3 : Soutien à l'autogestion	5,3 (2,2)
C4 : Appui à la prise de décision	5,2 (2,2)
C 5 : Conception du système d'offre de soins	5,6 (2)
C 6 : Système d'information clinique	4,8 (2,6)
Composantes totales	5,3 (1,8)

Détaillons, dans le tableau 3, les scores obtenus pour les 20 questions. Le score le plus bas, à 3,7 (2,9) est attribué à la question 6, mentionnant un partenariat et des activités entre les institutions et les organismes communautaires insuffisants tandis que les questions 4 et 11 obtiennent les scores les plus élevés avec respectivement 7,3 (2,3) et 7,3 sur 11 (2,6) : selon les professionnels, d'une part les dirigeants du système de santé togolais mentionnent vouloir une amélioration de la gestion des maladies chroniques dans l'organisation de leur système de santé. D'autre part, l'éducation thérapeutique pour les patients hypertendus semble être bonne. Les questions 9, 15 et 18 sont les trois questions qui présentent le plus de dispersion dans les réponses, avec un écart-type d'environ 3,2.

Tableau 3. Représentation des moyennes des réponses obtenues pour les 20 questions du questionnaire

Composantes	Questions	Moy (écart-type)
C1 : Influence de l'organisation des soins	Q1 : Intérêt de l'institution de soins pour la PEC de l'HTA ?	5,1 (2,2)
	Q2 : Stratégies de soins pour l'HTA dans l'institution ?	5,4 (2)
	Q3 : Directives de PEC de l'HTA dans l'institution ?	6,4 (2,2)
	Q4 : Position des dirigeants togolais pour la gestion des MC ?	7,3 (2,3)
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	Q5 : Mises en relation avec des ressources externes à l'institution ?	5 (3)
	Q6 : Partenariat et activités avec des organismes communautaires ?	3,7 (2,9)
	Q7 : Collaboration avec les autres institutions de soins ?	5,3 (2,6)
C3 : Soutien à l'autogestion	Q8 : Evaluation et documentations des besoins et activités d'autogestion ?	4 (2,2)
	Q9 : Renforcement de l'autonomie du patient hypertendu ?	4,5 (3,4)
	Q10 : Préoccupations du patient et/ou famille ?	5,5 (2,4)
	Q11 : Déroulement de l'éducation thérapeutique ?	7,3 (2,3)
C4 : Appui à la prise de décision	Q12 : Lignes directrices pour la PEC de l'HTA ?	5,4 (2,3)
	Q13 : Formations des prestataires à la PEC de l'HTA ?	5 (2,8)
C 5 : Conception du système d'offre de soins	Q14 : Travail en équipe ?	4,9 (2,3)
	Q15 : Consultations planifiées pour l'HTA ?	6,6 (3,1)
	Q16 : Continuité des soins ?	5,5 (2,1)
	Q17 : Pharmacie fonctionnelle ?	5,4 (2,5)
C6 : Système d'information clinique	Q18 : Registre des patients avec maladies chroniques ?	4,1 (3,2)
	Q 19 : Plan de PEC du patient hypertendu ?	4,9 ± (2,6)
	Q20 : Feedback aux prestataires des résultats de l'analyse des informations ?	5,5 ± (3,4)

Trois hypothèses ont été formulées lors de la conception de notre étude. Le test statistique ANOVA a été réalisé pour chacune de celles-ci. Les résultats du test sont, pour chacune des hypothèses posées, non statistiquement significatifs (p -valeur $> 0,05$). La non-significativité des résultats est certainement liée à la faible taille de notre échantillon ($N=26$). Les résultats de l'analyse statistique sont présentés en annexe 10. Notre analyse se veut donc purement descriptive.

La première hypothèse formulée avançait que les scores attribués aux composantes du questionnaire différaient en fonction des professions. Le tableau 4 nous permet de voir que les 3 professions représentées⁴ évaluent toutes l'offre de soins aux patients souffrants d'HTA comme globalement basique. Les médecins considèrent l'offre de soins comme légèrement moins bonne puisque leur score global s'évalue à 4,9 contre 5,6 pour les assistants médicaux et 5,3 pour les infirmiers diplômés d'état. Ce constat est également présent dans chacune des composantes, hormis pour la composante 5, *conception et système d'offre de soins*, où les médecins sont les professionnels de la santé présentant les scores les plus élevés (6,3).

A l'inverse, les assistants médicaux fournissent les scores les plus élevés pour l'ensemble des composantes, sauf, bien sûr, la composante 5. Il semble important de préciser que la différence la plus marquée entre le score moyen des assistants médicaux et des deux autres professions se situe au niveau de la composante 1, *l'influence de l'organisation des soins*.

Les IDE ont des scores situés entre ceux des AM et des médecins. Néanmoins, nous pouvons constater que les scores des IDE sont plus rapprochés de ceux des assistants médicaux que de ceux des médecins.

Ce tableau nous démontre aussi que l'écart-type des scores des médecins est inférieur à 1 pour la majorité des composantes. A l'inverse, pour les AM et les IDE, nous retrouvons un écart-type entre 2 et 3. On peut toutefois difficilement conclure que la dispersion par rapport à la moyenne pour les médecins est moindre que pour les deux autres professions car notre échantillon ne compte que trois médecins.

⁴ Nous avons ici choisi de ne pas présenter les résultats pour l'unique sage-femme.

Tableau 4. Présentation des scores attribués aux composantes en fonction du type de profession.

Profession / Composante	AM (N=8)	IDE (N=14)	MED (N=3)
C1 : Influence de l'organisation des soins	6,4 (1,9)	5,9 (1,9)	5,7 (0,9)
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	4,8 (3,3)	4,7 (2,2)	4,2 (0,5)
C3 : Soutien à l'autogestion	5,9 (2,4)	5,3 (2,3)	4,3 (1)
C4 : Appui à la prise de décision	5,8 (3,1)	5,2 (1,9)	4,5 (0,9)
C 5 : Conception du système d'offre de soins	5,3 (2,4)	5,8 (2)	6,3 (0, 4)
C 6 : Système d'information clinique	5,2 (2,8)	4,8 (2,9)	4,2 (1,3)
Composantes totales	5,6 (2,2)	5,3 (1,8)	4,9 (0,2)

Dans notre seconde hypothèse de recherche, nous avançons que les réponses des participants pouvaient être influencées par le lieu d'exercice de la fonction. Certes, l'ensemble des structures interrogées appartiennent au niveau primaire mais, au sein de celui-ci la polyclinique et l'hôpital de district sont deux formations sanitaires à un échelon supérieur des centres médico-sociaux.

Le tableau 5 nous montre que les scores sont légèrement plus élevés pour la polyclinique d'Agoé Demakpoé et l'HD de Cacaveli (5,6 sur 11) par rapport aux deux CMS (4,2 et 5,1 sur 11). Pour le questionnaire global et pour 4 composantes sur 6, nous constatons que c'est le CMS d'Atikomé qui présente les scores les moins élevés.

Au niveau du score du questionnaire global, nous observons une différence entre les deux CMS puisque le score d'Atikomé est de 4,2 contre 5,1 pour Doumasséssé et que les scores ne sont similaires que pour 3 composantes sur 6 (composantes 1, 3 et 6). La polyclinique et l'hôpital de district ont, quant à eux, des scores relativement semblables pour 5 composantes sur 6 ; la différence la plus notable se situe au niveau de la composante 4, *appui à la prise de décision*. Les 4 structures de soin présentent des scores similaires pour deux composantes, la

composante 3, *soutien à l'autogestion* et la composante 6, *système d'information clinique* puisque pour la troisième composante, le score varie entre 5 et 5,5 et pour la sixième, la variation du score s'étale de 4,8 à 5,1.

Il nous semble important de faire émerger la différence entre les 4 scores obtenus pour la composante 5, *conception du système d'offre de soins*, puisque le score le plus faible est de 3,4, attribué par le CMS d'Attikomé, et le score le plus élevé, issu de l'HD de Cacaveli, est de 6,5. En outre, la p-valeur (annexe 10) pour cette composante est de 0,079 et est donc la valeur la plus proche pour l'ensemble des composantes de la valeur cible de significativité statistique de 0,05.

Tableau 5. Présentation des scores attribués aux composantes en fonction du lieu de travail.

Lieu de travail/ Composante	Poly Agoé (N=7)	HD Cacaveli (N=9)	CMS Atikomé (N=3)	CMS Doumasséssé (N=7)
C1 : Influence de l'organisation des soins	6 (2)	6,2 (1,5)	5,1 (1,2)	6,34 (2,2)
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	5,1 (3,1)	4,6 (1,8)	3,9 (3,1)	4,6 (2,4)
C3 : Soutien à l'autogestion	5 (2,6)	5,4 (2)	5,5 (0,8)	5,5 (2,2)
C4 : Appui à la prise de décision	6,4 (2,4)	5,4 (2,6)	4,5 (1,8)	4,1 (1,9)
C 5 : Conception du système d'offre de soins (p valeur =0,079)	6,1 (1,9)	6,5 (1,5)	3,4 (2)	4,9 (2,2)
C 6 : Système d'information clinique	5,1 (3,1)	5,3 (2,2)	4,8 (2,1)	4,9 (2,9)
Composantes totales	5,6 (2,2)	5,6 (1,2)	4,2 (1,1)	5,1 (2,2)

La troisième hypothèse consistait à dire que le nombre d'années de travail pourrait en partie expliquer les scores obtenus pour les composantes du questionnaire. Cependant, le coefficient de Pearson, présenté ci-dessous dans le tableau 6, est négatif et très faible, ce qui

indique une quasi inexistante corrélation entre les années d'ancienneté et les scores attribués au questionnaire.

En cours de travail, nous nous sommes demandé si le sexe pouvait avoir une influence sur les scores attribués aux questions. Le test ANOVA nous révèle, qu'au seuil de 5%, nous ne pouvons pas conclure que le sexe influence de manière statistiquement significative les résultats attribués aux composantes du questionnaire.

Tableau 6. Corrélation entre les scores du questionnaire et l'ancienneté + Corrélation entre les scores du questionnaire et le sexe.

Composantes	Influence de l'ancienneté en années sur le score des composantes	Influence du sexe sur le score des composantes
C1 : Influence de l'organisation des soins	Coefficient de corrélation = -0,164 p-valeur = 0,423	p-valeur = 0,925
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	Coefficient de corrélation = -0,172 p-valeur = 0,400	p-valeur = 0,125
C3 : Soutien à l'autogestion	Coefficient de corrélation = -0,176 p-valeur = 0,390	p-valeur = 0,337
C4 : Appui à la prise de décision	Coefficient de corrélation = -0,105 p-valeur = 0,611	p-valeur = 0,193
C 5 : Conception du système d'offre de soins	Coefficient de corrélation = + 0,033 p-valeur = 0,872	p-valeur = 0,859
C 6 : Système d'information clinique	Coefficient de corrélation = -0, 278 p-valeur = 0,170	p-valeur = 0,883
Composantes totales	Coefficient de corrélation = -0,185 p-valeur = 0,366	p-valeur = 0,641

Après cette analyse quantitative, la recherche qualitative a pour but de nous éclairer davantage sur les scores attribués aux composantes de l'*ACIC Scale*.

2.2. RÉSULTATS QUALITATIFS

Pour la présentation de nos résultats qualitatifs, comme précisé auparavant, nous avons structuré chaque entretien en fonction des unités d'analyse qui correspondent aux composantes du CCM ou de l'*ACIC Scale*. Pour illustrer notre analyse, les propos des prestataires interrogés, fournis comme réponses, seront repris en italique et mis entre guillemets.

2.2.1. Influence de l'organisation des soins

En ce qui concerne la composante 1, plusieurs prestataires ont souligné qu'ils savent que les directives en matière de prise en charge des patients hypertendus existent mais qu'elles ne sont pas partagées de manière systématique à toutes les institutions et à l'ensemble des prestataires. « *Il y a des directives à ma connaissance mais ces directives sont limitées car tout le monde n'en a pas connaissance. L'idéal serait de divulguer ces directives dans tous les centres pour que chacun agisse de la même manière et parle dans un même langage* » (interviewé n°5) ; « *s'il y a des informations, c'est surtout aux cardiologues qu'elles vont, et surtout nous, infirmiers, nous ne sommes pas informés, ni invités aux réunions parlant du protocole des patients hypertendus* » (interviewé n°3).

L'ensemble des prestataires interrogés mentionne avoir connaissance du programme de lutte contre les maladies non transmissibles émis par les autorités togolaises. Cependant, tous mentionnent ne pas en ressentir concrètement son application dans leur travail quotidien auprès des patients hypertendus : « *Je connais le programme de lutte contre les maladies non transmissibles mais, selon moi, ce n'est que pour faire de l'argent. Il ne contient pas d'énoncé concret de ce qu'il faut faire pour la prise en charge des MNT. C'est vide quoi* » (interviewé n°1) ; « *il n'y a pas grand-chose de concret dans ce programme et surtout, on ne parle pas des centres médico-sociaux. C'est un programme surtout fait pour les cardiologues mais, pour les infirmiers et assistants médicaux, on ne sait pas trop* » (interviewé n°2) ; « *il n'y a pas d'engouement, pas de motivation pour la prise en charge des maladies non transmissibles telles que l'hypertension. Les programmes ne sont que théoriques* » (interviewé n°4) ; « *il n'y a pas beaucoup d'intérêt que ce soit de l'Etat en général ou dans notre centre. Nous sommes un hôpital de district et on a seulement un seul jour de consultation cardiologique et encore, même pas la journée entière, disons l'après-midi seulement. Nous n'avons pas de plateau technique qui nous permet de pouvoir prendre en charge un patient à notre niveau qui est en train de faire un AVC [...] nous n'avons pas d'ambulance, rien, au niveau de notre hôpital pour pouvoir*

l'évacuer, le malade se débrouille. Excusez-moi de dire ça mais l'Etat s'en fout pas mal de tout ça » (interviewé n°6).

Une question du guide d'entretien portait sur le plan WHOPEN, plan mis en œuvre dans certaines formations sanitaires du Togo. Sur les 6 répondants, seuls 2 avaient déjà entendu parler de ce plan initié par l'Organisation mondiale de la Santé et ce, en dehors de leur institution. Pour l'interrogé n° 4, il *« c'est un bel outil mais l'application dans la réalité est très difficile dans le contexte togolais et ça, je dis que c'est un manque de priorisation des actions gouvernementales car on pourrait faire certaines actions pour freiner les maladies non transmissibles mais ça n'est pas fait, donc je pense que l'Etat doit encore revoir sa politique pour en avoir une solide, basée ou non sur le plan WHOPEN. »* Pour l'interrogé n° 5, *« les formations sanitaires ciblées par le projet WHOPEN ont des directives pour la prise en charge de l'hypertension mais ce n'est pas tous les centres qui sont concernés par ce projet [...] comme notre centre ne fait pas partie du WHOPEN, nous sommes tellement limités dans la prise en charge des patients hypertendus ».*

L'interrogé n° 1 a mentionné l'importance du COGES - c'est-à-dire le comité de gestion dont chaque formation sanitaire bénéficie -, dans l'amélioration de la prise en charge des malades chroniques. Elu par la population, le COGES *« représente la population et a pour rôle de rapporter les besoins et les demandes de la population »* (interviewé n°1). Il permet donc de tenir compte des préoccupations de la population dans la délivrance des soins de santé.

2.2.2. Relation avec la communauté et les autres prestataires de soins

Les 6 prestataires interrogés ont émis le même point de vue à propos des agents de santé communautaire : ces derniers ne sont pas impliqués dans la prise en charge de l'HTA et, pourtant, tous ont émis le souhait que ces ASC y soient impliqués afin d'améliorer le dépistage des hypertendus mais aussi pour prévenir l'apparition de la maladie. En effet, selon les prestataires interviewés, du fait de leur proximité avec la communauté, ils sont les plus à même de jouer le rôle de prévention et de suivi : *« la prise en charge communautaire de l'hypertension n'est pas dans le paquet d'activités des ASC alors qu'ils collaborent sur d'autres thématiques [...] il n'y a pas de collaboration dans le domaine de l'hypertension dans ce sens où les agents de santé communautaires n'ont pas reçu de compétences dans ce domaine »* (interviewé n°5). Le prestataire n° 6 mentionne qu'il *« aurait aimé qu'au moins on les forme à pouvoir donner des conseils aux personnes qui ne sont pas encore malades, des conseils alimentaires et des*

conseils d'hygiène de vie [...] qu'ils puissent au moins donner des conseils à la population de temps en temps pour qu'au moins le nombre de cas de cette maladie puisse diminuer. Ils sont les plus proches de la population et donc, eux peuvent dire à telle personne que son hygiène alimentaire n'est pas bonne, et donc nous référer au besoin. Mais rien de cela n'est fait ». L'interrogé n° 4 émet le souhait que davantage de dépistage d'hypertension soit réalisé au sein des populations car cela permettrait une prise en charge précoce.

Ces 3 mêmes prestataires nous ont également dit que les ASC pourraient assurer le suivi des patients hypertendus et donc éviter la rupture thérapeutique, principal problème rencontré avec tous les patients souffrant d'une maladie chronique. Comme le mentionne l'interviewé n°1, *« les patients hypertendus perdus de vue pourraient être recherchés par les ASC mais c'est une initiative qui demanderait une organisation et, si elle était mise en place aujourd'hui, ça serait à charge de chaque formation sanitaire car ce n'est pas stipulé dans le programme de lutte contre les maladies non transmissibles ».* La prise en charge de l'hypertension se limite donc à la formation sanitaire dans laquelle le patient se rend et au besoin, est référé supérieur.

La collaboration avec les autres institutions de soins donne des réponses mitigées parmi les professionnels interrogés. Pour 3 prestataires sur les 6 interrogés, la collaboration entre les formations sanitaires se résume à la référence et à la contre référence, et cette dernière est à charge du patient. Cependant, la contre référence n'est pas systématique puisque, selon l'interviewé n°2, *« certains soignants assurent le rôle de vérifier qu'il y a bien la contre-référence mais elle n'est pas systématique [...] ça arrive à l'assistant médical de contacter la formation sanitaire à laquelle il a référé le patient pour vérifier que celui-ci s'y est bien rendu et voir ce qu'il en est ressorti mais ce n'est pas systématique pour tous les patients. Par exemple, moi je le fais uniquement pour des patients pédiatriques. »* Les interviewés n°1 et n°6 vont jusqu'à dire qu'*« il n'y a pas plus que la référence » « une fois que nous avons référé, nous n'avons pas de feedback [...] on ne sait pas comment ça se passe là-bas. Le feedback permettrait au moins de nous dire quelle erreur nous avons faite mais rien ».*

Seul le prestataire n°5 exprime que la collaboration entre les formations sanitaires de niveau différente est efficiente : *« tu n'es pas sans savoir que la prise en charge de l'hypertension est pluridisciplinaire, donc ce genre de patients, nous les référons vers ce niveau supérieur. Et avant que les patients aillent là-bas, on leur remet une fiche de référence. Là-bas, ils nous font un feedback en retour, la fiche de contre référence, pour savoir ce qui a été fait au*

patient. Donc ces patients nous reviennent pour les contrôles de TA et de poids et on donne aussi certains conseils pour leur prise en charge. »

Un des prestataires mentionne aussi qu'un frein à la collaboration peut être le plan WHOPEN et plus précisément le fait que celui-ci ne soit pas adopté par toutes les formations sanitaires.

Le prestataire n° 4 déplore que la collaboration entre les institutions soit « au stade primitif. La prise en charge du patient, hypertendu ou autre, ne se fait pas dans son intérêt mais c'est la question financière qui prime [...] c'est-à-dire que le manque de collaboration est causé par la peur de perdre un patient si on le réfère à un autre soignant. Il faut briser la barrière protectionniste des soignants ».

Inclure l'entourage du malade hypertendu semble être nécessaire pour les prestataires interrogés. L'interviewé n° 6 mentionne qu'« *il faut discuter avec l'entourage afin qu'il ne délaisse pas le malade et qu'il soit concerné par sa prise en charge. C'est l'entourage au contraire qui doit être proche de lui. Demander de temps en temps à l'entourage comment ça va chez le malade, leur donner des conseils et leur dire de nous appeler s'il y a quelque chose* ». Cependant, nous avons observé que ce n'est pas possible pour tous les patients car ils viennent souvent seuls en consultation. En outre, comme le précise l'agent de santé n° 3 « *aucun suivi n'est réalisé entre les rendez-vous fixés par l'assistant médical ou le cardiologue et les coordonnées des patients et de leurs familles ne sont pas laissées à la structure de soin* ».

2.2.3. Soutien à l'autogestion

Les préoccupations individuelles des patients semblent être prises en compte dans l'éducation thérapeutique puisque « *les conseils donnés au patient malade se font au cas par cas en fonction de leur avancée dans la maladie, en fonction de leur âge, de leurs questions, si c'est leur première consultation ou une consultation de suivi* » (interviewé n°5).

Les agents de santé n°4 et n°6 disent tous les deux que l'éducation thérapeutique ne se limite pas à la distribution de conseils sur la maladie et le traitement : « *mon rôle d'accompagnement va bien au-delà de l'éducation thérapeutique* », « *j'apporte surtout un soutien moral en tant qu'infirmier diplômé d'Etat [...] on n'oblige pas un patient à prendre son traitement, le patient est souverain après tout, c'est lui qui décide de prendre son traitement et de suivre les conseils mais on lui explique les causes de sa maladie afin qu'il prenne conscience* ».

du pourquoi il est tombé malade [...] on doit le convaincre que le décours de sa maladie dépend d'un bon traitement et de règles. Il doit savoir les alternatives qu'il a, comment faire pour vivre sa vie comme avant, tout en changeant un petit peu certaines habitudes » (interviewé n°6).

L'éducation thérapeutique du patient hypertendu se réalise de manière individuelle par les différents prestataires de santé. L'interviewé n° 2 explique que *« des IEC (information-éducation-communication) sont organisées en groupe sur différentes thématiques mais je n'ai jamais entendu une IEC sur le sujet de l'hypertension artérielle et pourtant, parler des conseils alimentaires et sur l'activité physique serait important »*.

En fonction de l'institution de soin, l'enseignement thérapeutique se réalise soit de manière uniquement orale, soit est complétée avec des brochures papiers : *« le souci premier de ces brochures est qu'elles ont été conçues pour les pays du Nord et beaucoup de patients ne savent pas lire. Il faut donc adapter ces brochures à la réalité togolaise »* nous mentionne l'interrogé n° 3.

Les assistants médicaux et les infirmiers diplômés d'Etat interrogés ont l'impression de réaliser au quotidien l'enseignement thérapeutique auprès des patients hypertendus. Cependant, plusieurs d'entre eux ont le ressenti d'avoir des connaissances et compétences insuffisantes pour assurer une éducation thérapeutique de qualité. Comme le mentionne le prestataire n° 5 : *« [...] le problème, c'est que je n'ai pas reçu de formation dans ce sens. Prenons l'exemple du domaine du VIH, on a reçu une formation sur l'éducation thérapeutique à donner, on a une connaissance du contenu des messages à faire passer. Mais si on prend les maladies chroniques, telles que l'HTA, cela nécessite une éducation thérapeutique mais on n'a pas reçu de formation, donc on fait de notre mieux pour apporter un soutien aux malades. »*

Aucun prestataire n'a entendu parler de l'éducation par les tiers.

2.2.4. Appui à la prise de décision

Les 6 agents de santé et les commentaires laissés en fin de questionnaire sont unanimes quant au manque de formation continue pour la prise en charge de l'hypertension artérielle : *« le manque de formation continue du personnel pour la prise en charge de l'hypertension artérielle doit être un défi majeur pour la politique [...] »*.

Certains pensent que leur formation en tant qu'IDE ou AM à la prise en charge de l'HTA contient, certes, les volets médical et diététique mais que ceux-ci sont insuffisants et que c'est donc la formation de base qui est à revoir: *« les 20 cardiologues que compte le Togo sont très bien formés à la prise en charge des patients hypertendus mais les assistants médicaux devraient être mieux formés pour pouvoir prendre en charge les patients hypertendus sans les référer automatiquement au niveau supérieur de soin »* (interviewé n°2). D'autres prestataires, tels que l'interviewé n°6, un IDE, pensent que leur *« formation est adéquate pour suivre un patient hypertendu, car nous avons eu beaucoup de cours, pas pour le traiter, non, car ça c'est le cardiologue mais pour le suivre, pour les conseils, nous avons reçu assez d'éléments lors de notre formation. [...] Si je ne pratique pas, après des années, je vais oublier ce que j'ai appris, c'est normal. Réactualiser nos connaissances, je suis d'accord. »* Ces prestataires souhaitent donc des remises à niveau pour l'ensemble des professions : *« la mise à niveau c'est notre problème aussi, au niveau des maladies chroniques, c'est très, très, très rare. Tellement rare qu'en 10 ans, j'ai suivi une remise à niveau sur les maladies parasitaires, sur les maladies psychiatriques et certaines maladies à caractère épidémiologique mais au niveau de l'HTA, non »* (Interviewé n°6).

Globalement, selon les entretiens qualitatifs, les quelques formations qui existent sont réalisées pour les assistants médicaux et les médecins et non pour les autres agents de santé. Et pourtant, 3 prestataires interrogés considèrent qu'il faut davantage impliquer les IDE dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ou d'autres maladies de longue durée : *« le médecin est pressé, a trop de malades, trop de charges, il faudrait que l'infirmier intervienne plus dans la prévention pour éviter certaines choses [...] Chez nous, un patient qui vient en dehors de la consultation cardiologique, souffrant d'hypertension, nous avons le personnel mais nous devons attendre le cardiologue, parfois une semaine [...] Il va falloir recycler les IDE »* (interviewé n°5).

2.2.5. Conception du système d'offre de soins

Quand nous avons abordé la question du guide d'entretien sur le travail en équipe, nous avons remarqué que les IDE ne sont que très peu impliqués dans la prise en charge de l'HTA. Les quelques extraits d'entretiens illustrent ce fait : *« je fais ce que l'assistant ou le médecin prescrit »* (interviewé n°5) ; *« [...] ce qu'on me demande de faire, je le fais, ce que le médecin demande de faire, je le fais [...] C'est là que s'arrête mon rôle [...] Nous avons le bagage intellectuel pour prendre en charge un peu le patient hypertendu avant de l'envoyer chez*

l'assistant ou chez le médecin mais sur le terrain, à part en USP, vous ne faites qu'exécuter les ordres en tant qu'infirmier » (interviewé n°6).

Un des deux prestataires ayant reçu une formation en Suisse sur l'HTA explique qu'il a tenté de mettre en place une collaboration entre les assistants médicaux, le cardiologue et les 4 infirmiers ayant reçu la même formation afin d'assurer une complémentarité dans la prise en charge de l'affection chronique et ce, au travers d'une fiche de demande et de suivi du patient hypertendu. Cependant, *« je remarque une réticence des prestataires et non pas qu'au sein de mon institution [...] car je n'ai reçu qu'une formation et ce n'est pas un diplôme. J'aimerais donc une reconnaissance de ma formation »* (interviewé n°4). Par conséquent, toujours selon lui, le cardiologue ne renvoie que très peu aux IDE spécialisés *« souvent, ce sont les patients qui font la démarche d'eux même venir »*.

Un des répondants nous indique que son institution de soin organise *« des réunions de staff une fois par semaine pour discuter de certains problèmes tels que des problèmes d'organisation des soins »* (Interviewé n°5).

Seuls les deux prestataires ayant suivi la formation en Suisse et un troisième IDE ont considéré que le système actuel des consultations planifiées (*« premier arrivé premier servi »*) n'était pas idéal dans la prise en charge des patients hypertendus. En effet, selon l'agent de santé n°4, *« le manque de suivi des patients chroniques, tels que les patients hypertendus, est dû à un manque d'organisation [...] il faut mettre en place un système de rappel des consultations et prévoir de vraies consultations planifiées et ne pas faire attendre le patient toute l'après-midi »* ; *« si je vous donne le nombre de patients qui attendent pour une consultation cardiologique une fois par semaine, 30 à 40 personnes, mais le cardiologue après 15 à 20 patients n'y arrive pas. Les gens viennent et repartent après avoir attendu pour rien »*. Les autres professionnels considèrent que les consultations de suivi sont correctement planifiées puisque *« les dates sont indiquées dans le carnet de soin du patient »* (interviewé n°5) et ne mentionnent pas l'intérêt d'un système de rappel.

La continuité de prise en charge des patients hypertendus est un sujet dont l'ensemble des prestataires interrogés ont relevé des lacunes : même si les prestataires et les institutions ont conscience de son intérêt dans la prise en charge des MNT, *« on ne donne pas seulement un traitement et puis laisser le patient partir et lui donner un rendez-vous. Il vient ou il ne vient pas, ce n'est pas notre problème. Pour moi ce n'est pas bon de fonctionner comme ça »*

(interviewé n°6) ; « [...] j'ai l'impression qu'un hypertendu, en Afrique en général et au Togo en particulier, n'est pas suivi, vraiment » (interviewé n°1). La continuité dans la prise en charge de l'affection chronique ne semble dès lors pas assurée pour l'ensemble des patients ; « la rupture thérapeutique est le problème principal rencontré avec les patients hypertendus » (interviewés n°1 et n°3).

Plusieurs d'entre eux ont émis des propositions de solutions aux problèmes de continuité auxquelles ils ont déjà songé. Le prestataire n°2 pense que le suivi des patients souffrant de MNT telles que l'HTA doit « [...] être organisé tel que le programme de Prévention de la transmission de la mère à l'enfant où les carnets papiers pour chaque femme sont conservés au sein du centre ». L'interviewé n°5 s'étale davantage sur le sujet : « c'est vrai que j'aurais aimé avoir plus d'influence sur les patients hypertendus [...] oui, disons ce que j'aurais aimé faire aussi, pouvoir être plus présent auprès des malades [...] si au moins, je pouvais les suivre, entre les consultations planifiées chez le cardiologue, au moins de temps en temps, les faire venir et leur donner des conseils, que ce soit alimentaire, comment prendre les produits, visiter la maison, voir comment ça va et tout ça, écouter leurs problèmes sur le traitement [...]. Si au moins, il y a un aide malade, un infirmier, un prestataire du corps médical qui lui rend visite de temps en temps, discute avec lui, tente de le réconforter, de l'aider pour sa maladie, ça serait mieux et c'est ce que j'aurais aimé faire [...] ». L'interviewé n°6 énonce qu'il « faudrait nous (IDE) donner ce rôle de suivre les patients à la maison [...] l'infirmier pourrait s'occuper de plusieurs malades pour qu'un patient avec une maladie chronique, hypertendu par exemple, puisse savoir à qui s'adresser en cas de problème, une seule personne de référence [...] pour que le patient se dise qu'il a quelqu'un qui s'occupe vraiment de lui. »

Tous reconnaissent aussi que le carnet de santé papier n'est pas adapté à la prise en charge des maladies chroniques puisque la continuité des soins n'est pas toujours assurée avec ce dernier : « le carnet de santé dont nous disposons ne cadre avec aucune affection chronique, ça ne répond pas, car pour moi, il faut un carnet de suivi qui suit le patient depuis qu'il a été diagnostiqué hypertendu, ce carnet doit retracer tout le parcours du patient [...] mais si on prend le cas de certaines cliniques privées, ils ont des carnets adaptés [...] » (interviewé n°5) ; « les carnets de santé que nous utilisons sont des papiers volants et ce n'est pas bon. Vous sortez avec votre carnet papier, vous avez un problème sur la route, vous perdez votre carnet et si vous avez une consultation, on ne sait pas les traitements que vous avez, tout ça. On n'arrive pas à se retrouver dans ce carnet » (Interviewé n°6).

La moitié d'entre eux souhaite un dossier patient électronique « *afin d'assurer une globalité et une continuité des soins pour les patients hypertendus* » (interviewé n°1) mais les prestataires relèvent des freins à sa mise en place : « *[...] le problème est le coût et le manque de motivation des autorités* » (interviewé n°1) ; « *il y a un manque de moyens financiers mais il y a surtout un manque de volonté politique de mettre Internet dans toutes les structures de soins. Je me demande si cela ne vient pas d'un manque de clairvoyance de l'utilité d'un dossier électronique pour améliorer la prise en charge des malades* » (interviewé n°2). La seconde moitié considère que le dossier électronique n'est pas forcément ce qu'il faut pour assurer une continuité et une globalité de la prise en charge : « *le système informatique de chez vous n'est pas ce qu'il faut [...] si l'informatique était bien comme il faut, ça pourrait le faire [...] si on pouvait au moins avoir une fiche qu'on garderait au centre qui pourrait nous permettre de reporter certaines informations dans le carnet si celui-ci se perd, comme les antécédents, les traitements, etc.* » (interviewé n°6). Les deux IDE ayant reçu la formation en Suisse ont expliqué avoir tenté de réaliser un dossier patient et un système de consultations planifiées électroniques au sein de leur structure de soin mais « *il y a trop de problèmes informatiques et un manque de consensus entre les prestataires de soin* » (interviewé n°3). Ils ont cependant mis en œuvre une « *fiche patient disponible sur ordinateur qui est complétée et reprise lors des différentes consultations* » (interviewé n°3).

Seul un prestataire travaillant au niveau d'un CMS a relevé que la disponibilité des médicaments antihypertenseurs est « *médiocre car les traitements ne sont pas toujours disponibles à la pharmacie du centre* » (interviewé n°2). Les autres prestataires ont dit que les médicaments pour l'hypertension sont toujours disponibles à la pharmacie de leur institution mais tous ont souligné les problèmes d'accessibilité financière, première responsable de la rupture thérapeutique. C'est ce que l'enquête n°3 mentionne : « *le motif principal de la rupture thérapeutique est le motif financier. L'INAM devrait être obligatoire pour tous. Ce serait un mal pour un bien [...] Je veux dire par là que c'est un mal car les patients devraient payer pour cela mais pour un bien car cela leur permettrait de pouvoir prendre leur traitement.* »

2.2.6. Système d'informations cliniques

Il n'existe pas de registre spécifique pour les patients souffrant d'une maladie chronique ; le registre est commun à l'ensemble des malades. Tous les prestataires déplorent ce manque de registre spécifique qui, selon eux, permettrait d'assurer le suivi des patients : « *on pourrait les suivre à tout moment. Prenons le cas des personnes qui ont la tuberculose. Pour*

eux, nous avons des informations plus précises, leur quartier, leur adresse, leur numéro, tout. On peut de temps en temps les joindre, voir pourquoi ils ne sont pas venus prendre leur traitement, comment ça va, etc. Mais pour les maladies chroniques, il n'y a pas de registre spécifique, donc on les laisse à eux-mêmes » (interviewé n°5). Un commentaire laissé en fin de questionnaire complète ce propos : *« nous manquons d'informations à l'égard des patients ».*

Le ressenti par rapport au feedback aux prestataires des résultats de l'analyse des informations collectées au niveau du système d'informations sanitaires est mitigé. En effet, la plupart des prestataires interrogés disent avoir des retours sur les rapports mensuels que leur formation sanitaire fournit au district - qui lui-même fournit tous les rapports au niveau central - , mais que les retours sont essentiellement axés sur les maladies transmissibles : *« il y a un retour bien spécifique pour les maladies transmissibles, c'est bien précis, on nous dit de faire plus ceci ou cela, pour que ça puisse être amélioré mais au niveau des maladies non transmissibles, comme l'HTA ou le diabète, franchement, moi, je trouve que ce n'est pas bien spécifique [...] » (interviewé n°6).* Deux des prestataires nous énoncent qu'ils doivent participer à l'élaboration des rapports mais qu'ils n'ont jamais eu de retours de ceux-ci : *« je ne sais pas ce que le district fait avec ces rapports [...] personnellement, je n'ai jamais eu un seul retour de ce que nous fournissons. Il y a une difficulté dans notre pays, tu n'es pas directement lié à une information, tu ne la reçois pas et donc les informations sont données à certains prestataires mais pas à tous les prestataires de soins. Si ça vous concerne, on vous envoie une note de service mais si ça ne vous concerne pas, ça passe inaperçu » (interviewé n°4).*

CHAPITRE 4. DISCUSSION : VERS DES PISTES D'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DE L'HTA

Au vu de la pertinence du *Modèle des Soins Chroniques* et du *Cadre de Soins Novateurs pour les affections chroniques* dans le contexte des soins de santé primaires au Togo, nous les utilisons ici comme guides pour proposer des pistes d'amélioration afin de renforcer la qualité de la prise en charge des patients hypertendus dans les structures de première ligne au Togo.

1. ANALYSE GÉNÉRALE DES DONNÉES

Les données quantitatives, issues du questionnaire basé sur le *Modèle des Soins Chroniques*, ont démontré que l'offre de soins aux patients hypertendus est basique dans les quatre structures de soins de première ligne de Lomé dans lesquelles nous avons effectué notre étude. Les scores récoltés pour les six composantes et pour les vingt questions du questionnaire d'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle ont permis de mettre en lumière les principaux domaines d'amélioration à investiguer dans le système de prise en charge des patients hypertendus.

Les données qualitatives ont, elles, permis d'approfondir les résultats quantitatifs puisqu'elles nous ont donné la perception des professionnels de la santé sur les éléments-clés de la prise en charge des patients hypertendus. Les points de vue des trois professions interrogées ont mis en évidence les forces et faiblesses de l'offre de soins de première ligne togolaise pour l'HTA. Les agents de santé interviewés nous ont donc permis d'énumérer les domaines d'amélioration à traiter simultanément afin d'améliorer les soins aux patients hypertendus. En effet, comme une étude Cochrane l'a identifié (Renders et al., 2001), les approches d'amélioration des soins de santé primaires réussies sont les plus souvent multifformes - plus la prise en charge est complète et implique simultanément les patients et les prestataires, plus elle a de chances d'améliorer les soins aux maladies chroniques -.

Au travers des six composantes abordées par le questionnaire et durant les entretiens avec les prestataires de santé, nous avons pu nous rendre compte que les problèmes actuels de l'offre de soins aux patients hypertendus se situent tant au niveau macro, qu'aux niveaux méso et micro du système de santé togolais. Même si distinguer ces trois échelons ne s'avère pas toujours évident, ceux-ci renvoient respectivement à la politique des soins, ensuite à l'organisation des soins de santé et à la communauté et enfin aux interactions avec les malades.

Ces échelons interagissent entre eux et ils s'influencent mutuellement. Dès lors, l'amélioration de la qualité de prise en charge de l'hypertension artérielle doit être réalisée simultanément à tous les échelons du système de santé togolais – et donc au niveau des six composantes du CCM - afin que chaque échelon opère efficacement individuellement et que leur interdépendance soit également efficace dans le but d'offrir des soins de qualité aux patients hypertendus (Wagner et al., 2001 ; Renders et al., 2001).

Chaque composante du questionnaire quantitatif a été mise en relation avec un ou plusieurs échelons du système de santé. En effet, même si globalement une composante s'apparente à un des trois échelons du système de santé, les questions au sein des composantes peuvent appartenir à plusieurs échelons à la fois, ce qui démontre qu'il y a une dynamique qui s'installe entre les différents niveaux.

1.1. ÉCHELON MACRO : LA POLITIQUE DES SOINS

L'amélioration de l'offre de soins ne peut se produire sans l'intervention de l'échelon macro, ici appelé échelon de la politique des soins. C'est à cet échelon que sont définis les valeurs et principes et où sont décidées les stratégies et l'allocation des ressources en matière de lutte et de prise en charge des maladies chroniques. Cet échelon est largement développé au sein de la composante 1 du CCM et de l'échelle d'évaluation de la prise en charge de l'HTA, nommée influence de l'organisation des soins. L'une des questions de la composante 6, système d'information clinique, aborde également ce macro-échelon.

Bien que les initiatives d'amélioration de l'offre de soins puissent émerger des niveaux méso et macro et se doivent d'être encouragées, il est difficile, voire impossible, comme le souligne le CCM, d'apporter les modifications nécessaires au niveau de ces deux échelons sans un leadership fort, des incitations appropriées et des stratégies d'amélioration efficaces de la part des politiques de santé (Wagner et al., 2001). Le soutien visible et la promotion du projet d'amélioration des maladies chroniques par les dirigeants politiques et des structures de santé ont été un facteur de succès dans les études testant l'efficacité de l'implémentation des éléments du CCM. A l'inverse, le manque de soutien des politiques et des directions des organisations a été le principal facteur de l'échec de l'implémentation du CCM (Wagner et al., 2001 ; Ferlie & Shortell, 2001). De plus, Wagner (2001) suppose que les incitations financières et non financières offertes aux prestataires influent sur leurs intérêt et comportement en matière de prise en charge des maladies chroniques.

Les résultats de notre étude ont d'abord montré qu'il existe une volonté et des politiques nationale et institutionnelle togolaises de prise en charge des maladies chroniques mais que celles-ci restent néanmoins très théoriques et non systématisées dans toutes les institutions de soins. Ensuite, il n'existe que peu voire aucun retour sur la qualité des soins de santé dispensés par les prestataires de soins. La dispensation des soins est dès lors basée sur ce qu'ils ont appris dans leur formation professionnelle, des connaissances pas toujours actualisées. Enfin, les prestataires relèvent le manque ou plutôt le mauvais investissement de moyens financiers, humains et matériels pour mieux prendre en charge les maladies chroniques et ce, au détriment des structures de première ligne.

Les lignes directrices nationales togolaises et internationales fondées sur des données scientifiques pour la prise en charge de l'hypertension se doivent, d'une part, d'être systématiquement diffusées à l'ensemble des prestataires de soins et, d'autre part, se doivent d'être mises à jour. En outre, la recherche de la qualité de l'offre de soins doit être pensée comme faisant partie intégrante de la culture organisationnelle (OMS, 2003). La recherche de cette qualité ne peut se faire sans que les décideurs politiques sensibilisent les responsables des formations sanitaires et les professionnels de la santé à la prise en charge de qualité des patients atteints d'hypertension artérielle.

Les politiques doivent aussi promouvoir autant que possible le soutien financier, administratif et organisationnel des structures de première ligne. En effet, il a été montré que les soins de santé primaires représentent un bon investissement car ils permettent, lorsqu'ils sont de qualité, de réduire les coûts totaux de santé et d'améliorer l'efficacité en limitant le nombre d'admissions dans les hôpitaux (OMS, 2018). Bien que les quatre structures étudiées dans le cadre de cette recherche appartiennent à la première ligne, la vérification de notre seconde hypothèse quantitative a montré que les deux centres médico-sociaux présentent de moins bons scores à l'*ACIC Scale* que la polyclinique et l'hôpital de district. Pourtant, les CMS représentent le premier niveau de référence pour la population. Par conséquent, bien que l'accent doive être mis sur toutes les formations sanitaires de première ligne, les CMS apparaissent comme étant les structures prioritaires pour améliorer l'offre de soins aux hypertendus.

La réorganisation du financement des structures de première ligne doit aussi s'accompagner d'une réflexion sur le financement des soins de santé. En effet, le manque d'accessibilité financière a été relevé par les prestataires comme la principale cause de la rupture

thérapeutique. A cet égard, nous pensons qu'une des solutions envisageables, soulignée par un agent de santé interviewé, serait de rendre l'assurance maladie obligatoire.

Il nous paraît aussi essentiel de souligner l'importance d'inclure les agents de santé travaillant au niveau méso et micro dans les réformes du système de prise en charge des maladies chroniques telle que l'HTA. En effet, ils sont les plus à mêmes, avec les patients, en tant que parties prenantes, à formuler les besoins et les demandes pour améliorer la prise en charge de la maladie. Comme le souligne l'OMS (2003), « *lorsque c'est l'expérience qui dicte les décisions, et non pas l'intuition ou l'impulsion, les soins pour les maladies chroniques sont optimisés.* »

1.2. MÉSO- ÉCHELON : L'ORGANISATION DES SOINS ET LA COMMUNAUTÉ

L'organisation des soins de santé et ses liens avec la communauté, le méso-échelon, doivent jouer un rôle majeur dans la prise en charge des patients souffrant d'hypertension artérielle (Wagner et al., 2001 ; OMS, 2003). C'est justement ce que préconise le contenu des composantes 2, 4, 5 et 6 du CCM, respectivement la relation avec la communauté et les autres prestataires de soins, l'appui à la prise de décision, la conception du système d'offre de soins, et le système d'information clinique.

L'organisation des soins de santé coordonne la dispensation des services. Elle a aussi pour responsabilité d'assurer la collaboration du personnel au sein du centre de santé et avec les autres structures de soin, de fournir les connaissances et les compétences aux agents de santé afin qu'ils puissent assurer leur rôle dans la prise en charge des malades hypertendus, et d'assurer la liaison avec les ressources communautaires (OMS, 2003). Les faiblesses relevées par les prestataires, tant dans les résultats quantitatifs que qualitatifs, portent d'ailleurs sur ces rôles joués par l'organisation, correspondant aux composantes du CCM citées.

1.2.1. Collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Les prestataires soulèvent d'abord un manque de collaboration intra et extramuros et une absence de partenariat avec les ressources de la communauté. La collaboration entre les prestataires et entre les organisations de soins de tous les niveaux de santé, que ce soit primaire, secondaire ou tertiaire, est pourtant essentielle afin d'assurer la coordination et la continuité des soins des maladies chroniques. En effet, la complexité de la maladie chronique de par sa durée

sur le long terme, de son évolution parfois imprévisible et de l'existence de phases aiguës requiert une prise en charge coordonnée et continue (Health Quality Ontario, 2013).

Le principal facteur explicatif du manque de coordination entre les structures de santé semble être le défaut d'échanges d'informations entre ces dernières. Actuellement, aucun échange systématique n'est organisé entre les organisations de soins puisque c'est au patient que revient la charge d'effectuer une relation entre les structures avec les documents de référence et de contre-référence. Celle-ci n'est pas réalisée systématiquement pour tous les patients entraînant une discontinuité dans l'offre de soins. Nous pensons qu'un système d'information partagé se doit d'être mis en œuvre afin d'assurer une transmission systématique des données adéquates entre les prestataires de diverses professions d'une même formation sanitaire et entre les institutions de soins. Actuellement, aucune des institutions visitées ne dispose d'un registre spécifique pour les personnes vivant avec une affection chronique. L'OMS (2003) juge pourtant pertinent de répertorier les patients chroniques au sein d'une institution. Cela servirait de support aux prestataires pour déterminer les besoins du malade, planifier et effectuer le suivi, coordonner sa prise en charge et surveiller l'issue de la maladie.

La fragmentation de l'offre de soins togolaise semble également être un frein à la collaboration entre les structures de soins de santé. Le modèle traditionnel de prise en charge monodisciplinaire des affections aiguës reposant sur le rôle du médecin spécialiste semble être encore largement en place et pourtant n'est pas optimal pour les problèmes de santé chroniques. De fait, les données qualitatives montrent que les infirmiers diplômés d'Etat et certains assistants médicaux lient de manière très forte la prise en charge de l'HTA à une consultation spécialisée de cardiologie où l'IDE n'est pas impliqué. La première hypothèse de la recherche quantitative peut confirmer cet argument puisque les IDE présentent des scores à l'*ACIC Scale* moins élevés que d'autres prestataires de santé. A l'heure actuelle, les études soulignent pourtant que les interventions qui incluent le changement d'équipe en tant que stratégie d'amélioration de la qualité sont associées à des réductions plus importantes de la tension artérielle. Ces changements d'équipes comprennent l'attribution de responsabilités à un professionnel de la santé autre que le médecin spécialiste (Walsh et al., 2006). Chaque prestataire de soin, médecin spécialiste ou généraliste, assistant médical ou infirmier diplômé d'état, et chaque institution du niveau primaire, secondaire ou tertiaire, devrait donc apporter son expertise dans la prise en charge d'un patient hypertendu. La spécialité du médecin ne doit donc plus être le principal déterminant de la qualité des soins chroniques mais ce sont bien l'ensemble des agents de santé, des services de soins et la conception du système de santé qui

doivent déterminer cette qualité des soins (OMS, 2003). Des études ont d'ailleurs prouvé que le spécialiste pourrait ne pas être l'agent de santé le plus approprié pour prendre en charge le patient chronique (Jackson, Lee, Edelman, Weinberger & Yano, 2011). Par exemple, un programme de gestion de l'HTA, de l'asthme et de l'épilepsie, dirigées par des infirmières en collaboration avec des médecins généralistes, établi en milieu rural sud-africain, a permis d'améliorer le contrôle de la maladie dans 68% des patients hypertendus (Coleman, Gill & Wilkinson, 1998). Les preuves sont donc suffisamment nombreuses pour que nous préconisons la coopération entre les professionnels et entre les institutions afin d'assurer la continuité et la globalité des soins.

Ce travail d'interdisciplinarité est un travail de longue haleine et ne peut devenir efficient sans la participation de tous. A l'heure actuelle au Togo, un prestataire nous a énoncé que la fragmentation des soins peut aussi être secondaire à un contexte de concurrence entre prestataires et entre organisations, ce qui s'observe également dans d'autres systèmes de santé du Nord comme du Sud. Dès lors, afin de travailler sur de nouvelles dynamiques interprofessionnelles, nous pensons que c'est la culture de l'interdisciplinarité qui doit être promue. Ce changement de culture doit être établi dans un premier temps au niveau des organisations en reconnaissant la place de chaque prestataire dans l'équipe de soin et l'expertise et complémentarité de tous les membres de cette équipe dans la prise en charge du patient hypertendu. Dans un second temps, une culture de la prise en charge partagée des maladies chroniques doit se développer dès le départ, c'est-à-dire au niveau des formations (Falcoff, Senn, Verté & Hudon, 2019).

L'avantage des structures de soins de première ligne que nous avons inclus dans notre étude est d'être composée au minimum de plusieurs infirmiers diplômés d'Etat et d'assistants médicaux ; rares sont les structures de soins primaires togolaises où la présence permanente d'un médecin, généraliste ou spécialiste, soit assurée. Ces formations sanitaires ont donc l'opportunité d'offrir des soins multidisciplinaires, condition nécessaire dans la prise en charge des patients chroniques. Le généralisme médical, défini comme une approche de la prestation des soins de santé qui applique systématiquement une perspective globale et holistique aux problèmes du patient, apparaît dans les structures de première ligne. Par conséquent, il nous paraît essentiel que les organisations de soins promeuvent et renforcent ce fonctionnement interprofessionnel. Les unités de Soins Périphériques, USP, non traitées dans le cadre de notre étude, font également partie des structures de première ligne au Togo. Ces organisations sont plus petites et sont généralement

gérées et organisées par un seul IDE ou, dans le meilleur des cas, par un AM. Dès lors, dans ce type de formation sanitaire, il nous paraît plus pertinent d'inclure davantage et de s'appuyer plus sur les ressources de la communauté, tels que les agents de santé communautaires.

1.2.2. Formations des prestataires

Tous soulignent le manque de formation en matière de prise en charge des patients hypertendus. Afin que chaque prestataire puisse être impliqué dans la prise en charge du patient hypertendu, il est nécessaire, au-delà des fournitures, du matériel et des médicaments, que les équipes de soin disposent de l'expertise adaptée aux affections chroniques. En effet, l'approche des soins pour les affections aiguës est différente que pour celle des affections de longue durée ; dès lors, la formation biomédicale aiguë est, certes, nécessaire mais insuffisante. Il est donc important de former du personnel capable d'agir plutôt que de simplement réagir afin d'assurer une gestion clinique et comportementale efficace (Wagner et al., 2001 ; OMS, 2003). Il est donc essentiel, au vu de la progression des affections chroniques, de renforcer, d'une part, la formation initiale dans le domaine de la prise en charge de l'HTA pour toutes les professions de santé, et plus particulièrement pour les IDE qui apparaissent aujourd'hui être les prestataires les moins bien formés à cet effet et pourtant essentiels dans l'offre de soins aux patients hypertendus (Coleman, Gill & Wilkinson, 1998). D'autre part, nous préconisons de développer la formation continue, une fois de plus pour l'ensemble des prestataires de santé, afin d'actualiser les connaissances et les compétences. Durant ces formations initiales et continues, l'accent doit être mis sur l'importance d'inclure le patient hypertendu dans la prise en charge de sa maladie.

1.2.3. Continuité des soins

Les agents de santé sont unanimes quant au manque de continuité des soins accordés aux patients souffrant d'HTA pourtant essentielle dans la gestion de la maladie chronique. Des études ont montré que la continuité est associée à de meilleurs résultats tels qu'une satisfaction accrue et des taux d'hospitalisations plus faibles (Health Quality Ontario, 2013 ; Crooks & Agarwal, 2008). Nous avons constaté que cette discontinuité se manifeste au niveau des trois domaines de la continuité des soins qui est essentielle dans le parcours de soins du patient : managérial, informationnel et relationnel (Haggerty et al., 2003). Andres, Cook, Spenceley, Wedel & Gelber (2016) soulignent que ces trois domaines sont interreliés entre eux, ce qui nécessite de les prendre tous en considération dans l'amélioration de la prise en charge de

l'HTA : la continuité relationnelle est un élément clé dans la continuité informationnelle qui est, elle-même, un déterminant de la continuité managériale.

Définie comme la disponibilité et l'utilisation des informations antérieures et pertinentes sur le patient pour fournir des soins adaptés et continus au patient (Haggerty, 2003), la continuité informationnelle n'est pas systématiquement assurée dans les structures à Lomé. Les prestataires imputent cette discontinuité informationnelle notamment au carnet de santé papier. Il s'agit en fait d'un carnet personnel qui contient une dizaine de feuilles vierges et où chaque prestataire est invité à y écrire les paramètres, les antécédents, les signes et symptômes, le traitement, les analyses et résultats d'analyse lors de chaque consultation du patient. Ce carnet santé n'a donc pas de structure bien définie puisque les pages sont vierges et le carnet est en possession du patient : autant dire que les risques d'oubli et de perte sont nombreux comme le relèvent les agents de santé interviewés. De plus, les carnets ont tendance à s'accumuler une fois que ceux-ci sont remplis et les carnets précédents ne sont pas emportés de manière systématique par les patients lors des consultations.

L'information est le fil conducteur qui relie les soins d'un prestataire à un autre et d'un événement à l'autre : le partage d'informations à travers le système de santé est donc un facteur essentiel pour une continuité de la prise en charge des malades chroniques (Gardner, Banfield, McRae, Gillespie & Yen, 2014). Pour ce faire, une collecte organisée des informations sur le patient doit être réalisée et repose sur des dossiers actualisés et disponibles aux agents de santé prenant en charge le patient hypertendu. En outre, assurer cette continuité informationnelle nécessite des systèmes de référence de qualité (Crooks & Agarwal, 2008 ; Gardner, Banfield, McRae, Gillespie & Yen, 2014). Puisque les études ont démontré l'efficacité de la prise en charge du patient hypertendu reposant sur une multidisciplinarité (Yeung et al., 2016), améliorer la continuité de l'information pourrait jouer un rôle central dans la coordination du parcours de soin.

Comme souligné par le Professeur Roucoux (2018), la structure de l'information est l'élément clé de l'utilisabilité et du succès du dossier patient, que celui-ci soit sous format papier ou sous format électronique. Le dossier patient électronique disponible pour toutes les institutions serait, selon nous, la solution idéale afin d'assurer cette continuité informationnelle. Néanmoins, les barrières, financière, culturelle et organisationnelle à l'adoption d'un dossier médical électronique sont nombreuses : le recours de la technologie n'apparaît donc pas actuellement possible dans toutes les institutions de soins au Togo. C'est pourquoi, nous faisons

la recommandation d'une des personnes interviewées, qui suggère de créer des carnets de santé papiers qui soient structurés tels que dans les carnets de suivi du programme de la PTME, prévention de la transmission de la mère à l'enfant, dans lesquels il existerait des patrons de saisie formels permettant une guidance sur les données à saisir. L'avantage de ceux-ci, qui sont complémentaires aux notes non structurées, est qu'ils permettent de réduire la variabilité et l'ambiguïté de la signification dans l'encodage de certaines données (Roucoux, 2018). En outre, si la solution du carnet papier est adoptée, il serait judicieux, comme le souhaitent les professionnels interrogés, de soit garder les carnets de santé dans la formation sanitaire dans lesquels le patient hypertendu est suivi, l'obligeant à être suivi dans un et même centre, ou soit de posséder une fiche reprenant les données de base pour le suivi du patient hypertendu dans le cas où le patient oublierait ou perdrait son carnet de santé. Cette fiche peut être assimilée au registre des malades chroniques. Avec cette solution, il est nécessaire d'obtenir le retour d'informations d'autres structures de santé et donc de disposer d'un système de référence et de contre-référence systématique (Crooks & Agarwal, 2008).

Dans un deuxième temps, la continuité managériale représente un défi important pour les organisations de soins de santé de première ligne à Lomé. La continuité managériale se caractérise par l'offre de services opportuns, complémentaires et en temps voulu entre les prestataires et les organisations (Reid, Haggerty & McKendry, 2002). Les protocoles de soins facilitent cette continuité de gestion, procurant aux patients et aux prestataires un sentiment de prévisibilité et de sécurité dans les soins futurs. La planification des soins à l'endroit et au moment où ils sont nécessaires est également essentielle (Haggerty, 2003). A l'heure actuelle, les protocoles semblent différer entre les institutions et ne sont pas partagés à l'ensemble des prestataires puisque, souvent, seul le cardiologue est impliqué dans la prise en charge du patient hypertendu. De nouveau, le système d'information clinique partagé entre les prestataires de tous les secteurs s'avère utile afin de partager et de coordonner le projet de soin de la personne hypertendue (Wagner et al., 2001 ; Gardner, Banfield, McRae, Gillespie & Yen, 2014). Comme déjà mentionné et comme le préconise l'OMS (2003), nous recommandons vivement que les lignes directrices de prise en charge de l'HTA soient alignées entre toutes les institutions de soins de santé primaires et que tous les prestataires aient accès aux lignes directrices pour la prise en charge de l'HTA, et ce à l'aide d'un système de diffusion.

En réponse à la discontinuité managériale liée au manque de planification de soins et de suivi des rendez-vous par les patients, nous conseillons d'envisager une réorganisation des visites planifiées. En effet, l'horizon temporel plus long et l'évolution fluctuante des affections

chroniques nécessitent une interaction régulière entre les soignants et les patients. Comme énoncé par le *Modèle des Soins Chroniques*, ces interactions de suivi doivent avoir notamment pour objet d'offrir des soins qui soient proactifs et non pas réactifs une fois une complication secondaire à l'HTA installée (Wagner et al., 2001). Nous conseillons donc que les visites médicales de suivi soient systématiques et planifiées avec un système de rappel où le personnel de santé invite les patients à se présenter à leurs rendez-vous à l'heure. Une revue Cochrane a démontré que cette stratégie a eu des effets positifs dans l'exécution du traitement de la tuberculose (Liu, Abba, Alejandria, Sinclair, Balanag & Lansang, 2014). Ces rappels peuvent prendre la forme d'appels téléphoniques, qui ont pour avantage de pouvoir obtenir une interaction avec le patient ou un membre de son entourage, interaction essentielle dans la prise en charge de toute maladie de longue durée (Wagner et al., 2001).

Dans un troisième temps, la continuité relationnelle réfère, quant à elle, à la relation thérapeutique entre une personne et son/ses professionnel(s) de la santé. L'accent est mis sur l'importance pour le personnel de santé de développer des relations de qualité basée sur la confiance avec le patient hypertendu et sa famille (Reid et al., 2002). Selon Andres, Cook, Spenceley, Wedel & Gelber (2016), cette continuité relationnelle se co-construit entre les patients et les membres d'une équipe multidisciplinaire et concerne l'adoption d'une responsabilité partagée visant à comprendre le patient, à communiquer avec lui et à répondre à ses besoins de manière coordonnée au sein de la structure de soins primaires et au niveau des autres échelons du système de santé. L'intérêt de développer une continuité relationnelle entre les équipes de soin et les patients est bien établi dans la littérature scientifique occidentale. Cette continuité est corrélée à une meilleure utilisation des ressources en santé, à de meilleurs soins préventifs et proactifs, à des soins complets centrés sur la personne et à une plus grande observance des traitements médicaux par les patients souffrant d'affection chronique (Van Walraven, Oake, Jennings & Forster, 2010 ; Al-Azri et al., 2014).

La continuité relationnelle est primordiale pour pouvoir assurer des interactions régulières et de qualité entre l'équipe de travail de soins primaires et l'entourage. Comme le souligne le CCM, la prise en charge de haute qualité des maladies chroniques se caractérise par des interactions entre l'équipe de travail de soins primaires et les patients (Wagner et al., 2001). Nous pouvons à cet effet penser qu'assurer les interactions ne peut se faire que lors de rencontres en face à face. Et pourtant, le rapport de l'Institut de Médecine des Etats-Unis a plaidé en faveur d'un recours accru à des méthodes d'interaction autres que des rencontres en personne (Institut de Médecine des Etats-Unis, 2001 cité par Wagner et al., 2001).

1.3. MICRO- ÉCHELON : L'INTERACTION AVEC LES MALADES

Comme nous l'avons vu, les interactions entre le système de santé, les prestataires de soins et le patient et son entourage sont essentielles pour une offre de soins de qualité. Le troisième élément de la triade présenté par le *Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques* est d'ailleurs constitué par les malades et leurs familles (OMS, 2003). L'amélioration de la qualité de la prise en charge pour les affections chroniques ne peut en effet se produire sans inclure la personne malade et son entourage, constituant le micro-échelon du système de santé, largement représenté dans la composante 3 de l'*ACIC Scale* ou du CCM. Le malade et son entourage sont tous les deux des ressources indéniables qui peuvent modifier le cours de la maladie (OMS, 2003 ; Wagner et al., 2001). Dans la gestion de la maladie chronique, le malade ne doit plus adopter le rôle de patient en tant que bénéficiaire de santé passif ; il a un rôle central à assumer et une responsabilité pour devenir un partenaire actif (Thompson, 2008). Pour responsabiliser le patient et le rendre participatif dans la gestion de son HTA, il faut que ce dernier soit préparé, informé et motivé (OMS, 2003).

Les résultats issus de notre recherche montrent que les prestataires ont pris conscience de l'intérêt de l'auto-prise en charge par les patients eux-mêmes dans l'amélioration des résultats de la prise en charge de l'HTA. Les agents de santé relèvent que l'éducation thérapeutique pour le patient hypertendu est relativement de bonne qualité (score de l'*ACIC scale* entre 6 et 8 sur 11). Néanmoins, force est de constater que cette éducation se limite au centre de santé durant la pratique médicale et est réalisée de manière uniquement individuelle et orale. Il existe maintenant de nombreuses preuves qui mentionnent les avantages des interventions de groupe qui mettent l'accent sur l'autonomisation du patient et l'acquisition de compétences en autogestion dans le traitement efficace du diabète, de l'asthme et d'autres maladies chroniques et que ces interventions sont généralement menées en dehors de la pratique médicale (Norris, Engelgau & Narayan, 2001 ; Rickheim, Weaver, Flader & Kendall, 2002). Nous conseillons donc que davantage de séances d'éducation thérapeutique soient réalisées en groupe étant donné l'influence positive des effets de pairs (Mosnier-Pudar & Hochberg-Parer, 2008), et ce, à l'aide de supports visuels mais également en dehors de la pratique médicale, dans le contexte de vie de la personne.

Afin d'arriver à ces fins, il est nécessaire que les efforts soient réalisés par l'ensemble des prestataires de santé. Les agents de santé communautaires, non impliqués à l'heure actuelle dans la prise en charge de l'HTA, apparaissent être les professionnels pouvant jouer un rôle clé

dans le suivi des patients et qui permettront de renforcer les soins prodigués en comblant les lacunes des services non offerts par les formations sanitaires (OMS, 2003). Partenaires clés agissant au sein de la communauté dans le suivi et le dépistage des maladies transmissibles telles que la tuberculose, il serait pertinent, comme le préconise le *Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques* de l'OMS, d'inclure cette troisième partie de la triade dans la prise en charge des maladies chroniques.

Nous préconisons, d'une part, que ces agents de santé, une fois armés des informations et des compétences nécessaires pour la prise en charge de l'hypertendu, s'assurent de la continuité de la prise en charge et évitent ainsi les perdus de vue et/ou en rupture thérapeutique, principal facteur de discontinuité des soins selon les prestataires interrogés (OMS, 2003). D'autre part, nous sommes convaincus qu'il faille déléguer à ces ressources insérées dans la communauté les activités d'éducation thérapeutique, de prévention et de promotion de la santé. En effet, aujourd'hui, très peu, voire aucun partenariat n'existe de manière officielle entre les formations sanitaires et les ressources communautaires en matière de prévention de maladies chroniques telles que l'HTA ou le diabète. Et pourtant, ces deux affections chroniques peuvent, dans la plupart des cas, être évitées. Puisque le contexte de vie est aujourd'hui reconnu comme un facteur d'influence de la santé, il est nécessaire d'investir pour celle-ci dans les lieux mêmes où les individus passent du temps au quotidien (Aujoulat, 2017). Les ASC doivent donc saisir l'occasion, de par leur proximité avec la population, d'informer et d'éduquer celle-ci sur les stratégies d'amélioration de la santé et de prévention des maladies chroniques qui existent. Ces prestataires seront aussi amenés, en partenariat avec les structures de soins de santé primaires, à détecter les patients à risque d'HTA et de les référer si nécessaire : le dépistage et la prise en charge précoces évitent l'apparition de conséquences souvent irréversibles et influent ainsi de manière considérable sur l'allongement de l'espérance de vie (Nau, 2016). Puisque le COGES, comité de gestion de chaque formation sanitaire, semble avoir du poids auprès de la population, nous recommandons que celui-ci soit intégré dans la planification des activités de dépistage, de promotion, de prévention et d'éducation pour la santé.

Soulignons enfin que, selon l'étude, les préoccupations des patients hypertendus et de leurs familles ne sont pas systématiquement prises en compte dans les structures de première ligne à Lomé, ce qui pourrait influencer sur la qualité de la continuité relationnelle et de la continuité des soins en général si le patient a l'impression de ne pas être écouté. Néanmoins, notre recherche ne permet pas de répondre avec certitude à cette question.

2. AU TOGO : PAR OÙ COMMENCER ?

Au regard des composantes du CCM et du *Cadre des soins novateurs aux affections chroniques* et des résultats de l'étude, les domaines problématiques de la prise en charge des patients hypertendus dans les structures de première ligne à Lomé semblent être la coordination entre les prestataires et les institutions de soins, la continuité et la globalité de la prise en charge. Ces trois dimensions font partie des critères de qualité auxquels les soins de santé primaires doivent idéalement répondre (O'Malley, Rich, Maccarone, Desroches & Reid, 2015).

Les soins intégrés sont devenus un élément central des initiatives politiques visant à améliorer l'accès, la qualité, la continuité, l'efficacité et la durabilité des systèmes de santé (Borgermans, 2017). Malgré un intérêt croissant, il n'y a toujours pas de définition universellement acceptée du terme « soins intégrés » (Martinez-Gonzalez, Berchtold, Ullman, Busatto & Egger, 2014). Un résumé de la littérature mentionne que les soins intégrés sont un ensemble de processus conçus pour promouvoir l'interdépendance au sein des structures de soins de santé et entre elles afin d'améliorer les soins aux patients, les résultats pour la santé et de renforcer l'efficacité globale du système de santé (Capelli, Quattrini, Abate, Casalgrandi & Cacciapuoti, 2014 cité par Macs, 2018). Tel que présenté dans la figure 7, un système de soins de santé primaires intégré comprend de multiples dimensions qui sont complémentaires : l'intégration clinique (niveau micro), l'intégration professionnelle et organisationnelle (niveau méso), et l'intégration systémique (niveau macro) (Valentijn, Schepman Opheij & Bruijnzeels, 2013).

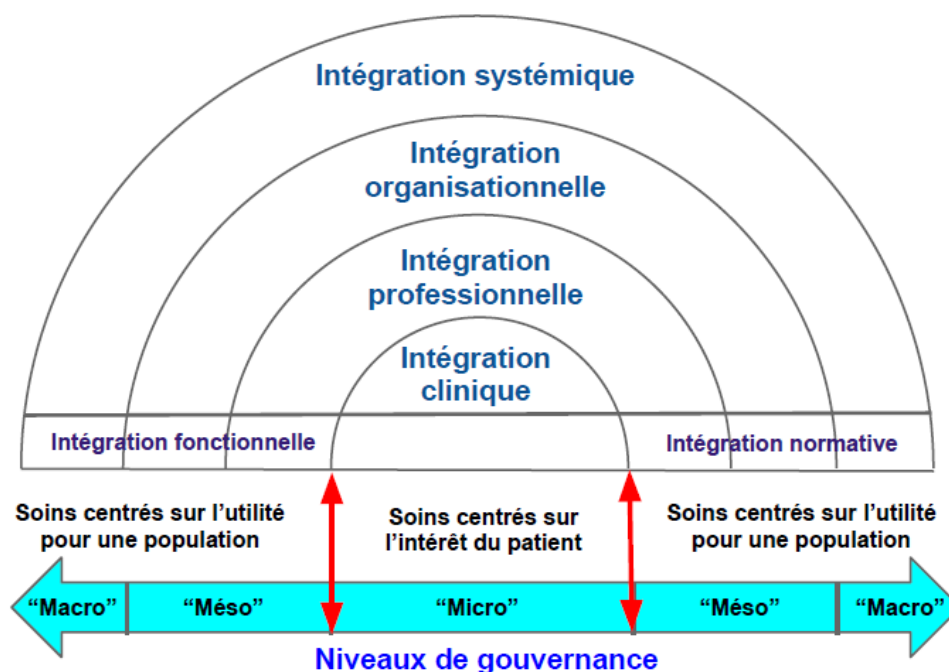


Figure 7 : Cadre conceptuel pour des soins intégrés basés sur les fonctions intégratives des soins primaires, reproduit depuis *Valentijn, Schepman Opheij & Bruijnzeels, 2013*.

Bien que l'implantation d'un système de soins intégrés soit une entreprise longue, difficile et exigeante et demande une implication des échelons micro, méso et macro du système de santé togolais (figure 7), des modifications plus petites et plus ponctuelles sont essentielles et ont des répercussions spectaculaires sur la qualité des soins (Institute for Health Care Improvement, 2000 cité par OMS, 2003). Dès lors, ce travail nous a permis d'identifier deux niveaux d'intégrations pour lesquels nous avons développé, à l'aide des opinions des prestataires, des pistes de solutions concrètes qui nous semblent être utiles pour améliorer la prise en charge des patients hypertendus dans les structures de première ligne du Togo.

Dans un premier temps, l'intégration des soins ou intégration clinique consiste à assurer la continuité et la globalité des soins, autrement dit à assurer que les soins et services fournis par les différents agents de santé d'une même formation sanitaire ou de structures diverses s'articulent dans le temps aux besoins de chaque malade (Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez, 2001). Nous pensons que l'amélioration du carnet de santé, du système d'informations sur les patients chroniques et la création d'un agent de référence permettront d'améliorer la coordination des pratiques cliniques autour des problèmes de santé de chaque malade.

Dans un second temps, l'intégration professionnelle et organisationnelle consiste, d'une part, en la constitution d'équipes professionnelles multidisciplinaires au sein des formations sanitaires, qui sont un prérequis pour une prise en charge globale et, d'autre part, en l'articulation du travail de ces équipes entre les institutions (Contandriopoulos, Denis, Touati & Rodriguez, 2001). A l'heure du développement des maladies chroniques, les patients ont besoin, nous l'avons vu, d'une approche de soins globale, coordonnée, et continue. Dès lors, le généralisme médical, défini comme une approche de la prestation de soins de santé qui applique systématiquement une perspective continue et holistique aux problèmes du patient, apparaît comme essentielle dans la prise en charge des personnes hypertendues dans les structures de première ligne togolaises, actuellement dominées par la médecine spécialisée (Royal College of General Practitioners, 2012). Ce rôle pourrait être adopté par les assistants médicaux. Néanmoins, tous les professionnels doivent valoriser cette approche et pouvoir y recourir. Dès lors, inclure tous les prestataires dans la prise en charge des patients hypertendus et les former adéquatement à cette prise en charge sont des éléments présentés dans ce travail qui paraissent être un facteur de qualité de la prise en charge des patients hypertendus dans les structures de santé primaires.

3. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre recherche présente des limites qui doivent être mentionnées.

Une des limites principales de notre étude est la taille de l'échantillon puisque celle-ci ne permet pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Le recours à l'administration du questionnaire quantitatif par e-mail aurait peut-être permis d'augmenter la taille de l'échantillon. Néanmoins, le faible nombre de sujets interrogés n'a pas altéré la qualité des données dans la mesure où les répondants sont des informateurs-clés.

Inclure les agents de santé dans le défi macro, méso et micro de l'amélioration de l'offre des soins aux patients hypertendus nous paraît essentiel. Néanmoins, obtenir le point de vue des personnes hypertendues s'avère tout aussi important afin que la prise en charge de leur maladie soit axée sur leurs besoins. Dès lors, cette étude pourrait être complétée par une évaluation de la qualité de prise en charge de l'HTA par les patients. A cet égard, le *Patient Assessment of Care for Chronic Conditions (PACIC Scale)* semble être l'outil clé. Utilisées de manière complémentaires, ces deux évaluations, réalisées auprès des parties prenantes, peuvent fournir

des aspects essentiels pour l'amélioration de l'offre de soins (Improving Chronic Illness Care, 2018).

La première technique de collecte de données utilisée, à savoir le questionnaire auto-administré, présente un risque de biais des réponses données, puisque les enquêtés pourraient introduire une sous ou sur-estimation du niveau général de soutien aux patients hypertendus. Cependant, ce type de biais a été contrôlé au maximum en garantissant l'anonymat aux prestataires et en leur expliquant l'intérêt de leurs réponses les plus justes. De plus, la seconde phase de collecte de données, la phase qualitative, permet d'obtenir l'avis des professionnels : la majorité des résultats quantitatifs obtenus concordent avec ce qui a été énoncé lors des entretiens.

Lors des premiers entretiens qualitatifs, nous avons néanmoins constaté un biais lié à la formulation des questions quantitatives et qualitatives : quand il y avait discordance entre ce que le professionnel énonçait oralement et certains scores du questionnaire, nous nous sommes rendu compte que cela était dû à la différence de compréhension de certaines questions de celui-ci. Les questions du guide d'entretien ont dès lors été retravaillées au fur et à mesure des interviews pour parvenir à des questions claires et une interprétation commune entre le chercheur et l'enquêté.

Au préalable, seuls des Européens avaient été soumis au pré-test des deux instruments de collecte de données. Néanmoins, il aurait été pertinent de soumettre le questionnaire et le guide d'entretien à quelques prestataires togolais à des fins de test. En effet, comme mentionné ci-dessus, des problèmes de compréhension des questions se sont présentés tels que diverses interprétations pour une même question. Certains prestataires nous ont également confié que certaines questions n'étaient pas adaptées au contexte togolais.

Cette étude a été réalisée avec des moyens très limités puisque nous étions seuls sur le terrain et durant un laps de temps très court. Des dispositifs organisationnels plus conséquents permettraient d'inclure davantage de professionnels de diverses formations sanitaires et d'augmenter la taille de l'échantillon pour en accroître la performance statistique. De plus, nous ne possédions aucune expérience en matière de pratique d'entretiens.

CONCLUSION

Les affections chroniques sont en augmentation partout dans le monde et représentent un des principaux défis sanitaires et économiques du 21^{ème} siècle. Le Togo est un des pays africains où les maladies chroniques font peser sur le système de soins de santé une demande nouvelle et durable ; le paradigme des soins aigus ne suffit plus pour les changements épidémiologiques que la population est en train de connaître. En effet, les soins pour les maladies chroniques sont par définition différents de ceux prodigués pour les problèmes aigus (Epping-Jordan & Organisation mondiale de la Santé, 2003). Par conséquent, la solution est de changer la manière d'envisager et de prendre en charge les maladies chroniques. Ce nouveau besoin peut être une opportunité pour penser différemment l'offre de soins.

Trop souvent pourtant, la tendance est de s'en tenir uniquement à une exigence de ressources financières supplémentaires pour améliorer l'offre. Néanmoins, il faut aussi pouvoir se poser la question du bon fonctionnement des ressources qui sont déjà disponibles. C'est dans cette perspective que notre mémoire avait pour ambition de dresser un état des lieux de l'offre de soins de première ligne aux personnes hypertendues à Lomé et de mettre en évidence les éléments de celle-ci qui méritent une amélioration.

Étant donné l'incidence croissante des maladies chroniques dans le monde, des approches novatrices et des programmes créatifs ont été élaborés pour les prévenir et les gérer. Notre étude en a retenu deux : le Modèle des Soins Chroniques développé par Wagner et le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques créé par l'Organisation mondiale de la Santé. Tous deux mettent en perspective le rôle du système de santé, des prestataires, de la communauté et des patients dans la gestion de la maladie chronique (Wagner et al., 2001 ; OMS, 2003).

La recherche par design mixte, dont les instruments de récolte de données sont issus des deux modèles présentés, ont permis de mettre en lumière les forces et les faiblesses de l'offre de soins aux patients hypertendus.

Grâce à l'utilisation des deux modèles et aux résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, nous avons pu formuler des éléments de base qui nous paraissent importants pour une amélioration de l'offre de soins au niveau macro, méso et micro pour ces patients hypertendus dans les structures de première ligne de Lomé. L'intégration des soins apparaît comme la

solution pour assurer les critères de continuité, de globalité et de coordination de la personne hypertendue.

Les soins de santé primaires, axés sur ces trois critères apparaissent dès lors comme la pierre angulaire pour assurer l'intégration des soins et donc une gestion de qualité des affections chroniques de qualité. Nous avons montré qu'une évolution des soins de première ligne au-delà du modèle des soins aigus doit être pensée et conçue par le système sanitaire togolais.

L'utilisation du Modèle de Soins Chroniques et le Cadre des soins novateurs pour les affections chroniques peut aider les équipes à entrevoir des solutions efficaces et pertinentes à la prise en charge des patients chroniques. Cependant, ces modèles sont axés sur les systèmes d'offres de soins cliniques et sont difficiles à utiliser pour les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, deux stratégies pourtant primordiales pour freiner l'incidence de l'hypertension artérielle et réduire ses complications. En effet, la prise en charge des personnes hypertendues se doit d'être combinée à la promotion efficace de la santé de la population dans laquelle la communauté a un rôle essentiel à jouer. C'est pourquoi, nous pensons qu'il est indispensable à l'avenir de réfléchir à comment mieux intégrer les aspects de prévention et de promotion de la santé dans le système de l'offre de soins de première ligne togolais. Cette complémentarité constitue la meilleure arme contre le fardeau croissant des affections chroniques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Agoudavi, K. (2012). *Rapport final de l'enquête STEPS Togo 2010* [Version électronique]. Retrieved from http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/2010STEPS_Report_Togo_FR.pdf.
- Al-Azri, M., Al-Ramadhani, R., Al-Rawahi, N., Al-Shafee, K., Al-Hinai, M., & Al-Maniri, A. (2014). Patients' attitudes and experiences of relational continuity in semi-urban general practices in Oman. *Fam Pract*, 31(3), 303-310. doi:10.1093/fampra/cmu004.
- Andres, C., Cook, L. L., Spenceley, S., Wedel, R., & Gelber, T. (2016). Améliorer les soins primaires : La continuité est une question de relations. *Canadian Family Physician*, 62(2), e57–e60.
- Aujoulat, I. (2017). Promotion de la santé : première partie [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- Aujoulat, I. (2018). *Introduction à la méthode qualitative* [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- Bernell, S. & Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Frontiers in public health*, 4, 159. doi :10.3389/fpubh.2016.00159.
- Bongaerts, B. W., Mussig, K., Wens, J., Lang, C., Schwarz, P., Roden, M., & Rathmann, W. (2017). Effectiveness of chronic care models for the management of type 2 diabetes mellitus in Europe: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 7(3), e013076. doi :10.1136/bmjopen-2016-013076.
- Bonomi, A. E., Wagner, E. H., Glasgow, R. E., & VonKorff, M. (2002). Assessment of chronic illness care (ACIC): a practical tool to measure quality improvement. *Health Serv Res*, 37(3), 791-820.
- Borgermans, L., Marchal, Y., Busetto, L., Kalseth, J., Kasteng, F., Suija, K., ... Devroey, D. (2017). How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions : Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond. *International journal of integrated care*, 17(4), 7. doi :10.5334/ijic.3096.
- Brunn, M. & Chevreul, K. (2013). Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique*, 25, 1, 87.

- Capelli, O., Quattrini, B., Abate, F., Casalgrandi, B. & Cacciapuoti, I. (2016). *Integrated Care for Chronic Diseases – State of the Art, Primary Care in Practice - Integration is Needed*. Retrieved from <https://www.intechopen.com/books/primary-care-in-practice-integration-is-needed/integrated-care-for-chronic-diseases-state-of-the-art#B40>.
- Centre de contrôle et de prévention des maladies. (2009). *Chronic Disease Overview*. Retrieved from : <http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/index.htm>.
- Chapel, J. M., Ritchey, M. D., Zhang, D. & Wang, G. (2017). Prevalence and Medical Costs of Chronic Diseases Among Adult Medicaid Beneficiaries. *Am J Prev Med*, 53(6s2), S143-s154. doi: 10.1016/j.amepre.2017.07.019.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 28(1), 75-85. doi :10.1377/hlthaff.28.1.75.
- Coleman, R., Gill, G., & Wilkinson, D. (1998). Noncommunicable disease management in resource-poor settings: a primary care model from rural South Africa. *Bull World Health Organ*, 76(6), 633-640.
- Crooks, V. A., & Agarwal, G. (2008). What are the roles involved in establishing and maintaining informational continuity of care within family practice? A systematic review. *BMC Fam Pract*, 9, 65. doi:10.1186/1471-2296-9-65.
- Curry, N., Ham, C., Sugarman, J. & King Edward's Hospital Fund for London. (2010). *Clinical and service integration : The route to improved outcomes*. London : King's Fund.
- Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC health services research*, 15, 194. doi :10.1186/s12913-015-0854-8.
- Degryse, J.M. & Masquelier, B. (2017). *Introduction à l'épidémiologie et à la démographie* [PowerPoint]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- Dennis, S. M., Zwar, N., Griffiths, R., Roland, M., Hasan, I., Powell Davies, G., & Harris, M. (2008). Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *Med J Aust*, 188(8 Suppl), S53-56.

- Dumez, H. (2013). Qu'est-ce que la recherche qualitative ? Problèmes épistémologiques, méthodologiques et de théorisation. *Annales Des Mines - Gérer Et Comprendre*, 112, 2, 29.
- Epping-Jordan, J. A., & Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Des soins novateurs pour les affections chroniques : Éléments constitutifs : rapport mondial*. Genève : Maladies non transmissibles et santé mentale, Organisation mondiale de la Santé.
- Falcoff, F., Senn, N., Verté, E. & Hudon, C. (2019). *La territorialisation pour renforcer les soins primaires en France, Suisse, Flandre et Canada : où en est-on ?*. Communication présentée à la matinée de réflexion sur la territorialisation pour les soins primaires : est-ce une stratégie adéquate pour renforcer le lien entre santé individuelle et communautaire ?. 11/04, Woluwé-saint-Lambert.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Q*, 79(2), 281-315.
- Gardner, K., Banfield, M., McRae, I., Gillespie, J., & Yen, L. (2014). Improving coordination through information continuity: a framework for translational research. *BMC Health Services Research*, 14(1), 590. doi:10.1186/s12913-014-0590-5.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *Bmj*, 327(7425), 1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
- Ham, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*, 5(Pt 1), 71-90. doi :10.1017/s1744133109990120.
- Health Quality Ontario (2013). Continuity of care to optimize chronic disease management in the community setting: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*, 13(6), 1–41.
- Huard, P. & Schaller, P. (2010). Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins*, 41(3), 237.
- Improving Chronic Illness Care. (2018). *The Chronic Care Model*. Retrieved from <http://www.improvingchroniccare.org/>, consulté le 12 novembre 2018.
- Institut national d'études démographiques. (2019). *Les chiffres pour tous les pays du monde*. Retrieved from https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/tous-les-pays-du-monde?lst_continent=903&lst_pays=914, consulté le 23 novembre 2018.

- Institut national du cœur, des poumons et du sang. (2004). *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. Retrieved from <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/jnc7full.pdf>.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2017). *Togo*. Retrieved from <http://www.healthdata.org/togo>, consulté le 13 novembre 2018.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2017). *Global Burden of Disease Compare*. Retrieved from Health Metrics and Evaluation, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, consulté le 13 novembre 2018.
- Institute of Health Metrics and Evaluation. (2017). *Financing Global Health*. Retrieved from Health Metrics and Evaluation, <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>, consulté le 13 novembre 2018.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in, A. (2001). In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Jackson, G. L., Lee, S. Y., Edelman, D., Weinberger, M., & Yano, E. M. (2011). Employment of mid-level providers in primary care and control of diabetes. *Prim Care Diabetes*, 5(1), 25-31. doi:10.1016/j.pcd.2010.09.005.
- La Banque Mondiale. (2017). *Population âgée de 65 et plus (% du total)*. Retrieved from <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/sp.pop.65up.to.zs>, consulté le 24 novembre 2018).
- Lamarche, P.-A., Chauvette, M., Larouche, D., & Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2003). *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Le groupe de la Banque Mondiale. (2017). *Le Togo*. Retrieved from <https://donnees.banquemondiale.org/pays/togo>, consulté le 11 novembre 2018.
- Levesque, J-F., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. & Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec Barrières et éléments facilitant*. Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/725-MaladiesChroniqueResume.pdf>.

- L'hypertension artérielle. (2009). In Prudhomme, C. *Dictionnaire de médecine et de soins infirmiers* (p.47, 1st ed.). Paris : Maloine.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes [Version électronique]. *Archive of Psychology*, 22 (140). 5-55.
- Liu, Q., Abba, K., Alejandria, M., Sinclair, D., Balanag, V. & Lansang, M. (2014). *Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 11. Art. No: CD006594. doi : 10.1002/14651858.CD006594.
- Lopez, A. D. & Murray, C. J. L. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 : summary*. Geneve : Organisation mondiale de la Santé.
- Macq, J. (2018). Organisation des soins et systèmes de soins de santé [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- Martinez-Gonzalez, N. A., Berchtold, P., Ullman, K., Busato, A., & Egger, M. (2014). Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *Int J Qual Health Care*, 26(5), 561-570. doi:10.1093/intqhc/mzu071.
- Megari, K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychol Res*, 1(3), e27. doi :10.4081/hpr.2013.e27.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. (2012). *Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015* [Version électronique]. Retrieved from <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21005fr/s21005fr.pdf>, consulté le 01 novembre 2018.
- Ministère de la Santé et de la Protection Sociale (2017). *Plan National de Développement Sanitaire 2017-2022* [Version électronique]. Retrieved from <https://www.fichier-pdf.fr/2017/04/26/pnds-togo-2017-2022-version-definitive/pnds-togo-2017-2022-version-definitive.pdf>.
- Miranda, J. J., Kinra, S., Casas, J. P., Davey Smith, G. & Ebrahim, S. (2008). Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Trop Med Int Health*, 13(10), 1225-1234. doi :10.1111/j.1365-3156.2008.02116. x.

- Mosnier-Pudar, H. & Hochberg-Parer, G. (2008). Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des maladies Métaboliques*, 2 (4). 425-431.
- Nations-Unies. (s.d.). *Objectifs de développement durable*. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>, consulté le 23 novembre 2018.
- Nations-Unies. (2017). *Perspectives de la population mondiale*. Retrieved from <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/>, consulté le 24 février 2019.
- Nations-Unies. (2019). *Population urbaine, Togo*. Retrieved from <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.URB.TOTL.IN.ZS&codePays=TGO&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=SP.URB.TOTL.IN.ZS&codePays2=TGO&optionsDetPeriodes=avecNomP&langue=fr>, consulté le 19 mars 2019.
- Nau, J-Y. (2016). Hypertension artérielle de l'adulte : dépister tôt – traiter au mieux. *Revue Médicale Suisse*, 12, 1932-1933.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.
- O'Malley, A. S., Rich, E. C., Maccarone, A., DesRoches, C. M., & Reid, R. J. (2015). Disentangling the Linkage of Primary Care Features to Patient Outcomes: A Review of Current Literature, Data Sources, and Measurement Needs. *J Gen Intern Med*, 30 Suppl 3, S576-585. doi:10.1007/s11606-015-3311-9.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*, 49(4), 509-538.
- ONU-HABITAT. (2010). *L'état des Villes Africaines 2010 – Gouvernance, inégalité et marches foncières urbains* [Version électronique]. Retrieved from <https://unhabitat.org/books/letat-des-villes-africaines-2010-gouvernance-inegalite-et-marches-fonciers-urbains/>.
- Organisation internationale du travail. (2008). *Classification internationale des types de professions*. Genève: OIT ; 2008. Retrieved from <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/docs/gdstruct08.doc>.
- Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). *Maladie chronique*. Retrieved from https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/, consulté le 13 novembre 2018.

- Organisation mondiale de la santé. (s.d.). *WHOQOL : Mesurer la qualité de vie*. Retrieved from <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>, consulté le 28 février 2019.
- Organisation mondiale de la santé. (2008). *The global burden of disease: 2004 update* [Version électronique]. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Panorama mondial de l'hypertension : Journée mondiale de la Santé 2013*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé - Bureau régional de l'Afrique (2014). *La santé des populations : Les mesures efficaces : rapport sur la santé dans la Région africaine 2014*.
- Organisation mondiale de la Santé & Centre de contrôle et de prévention des maladies. (2016). *Global Hearts Initiative: Working together to best cardiovascular disease* [version électronique]. Retrieved from https://www.who.int/cardiovascular_diseases/global-hearts/GHI_Brochure.pdf?ua=1.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Les 10 principales causes de mortalité*. Retrieved from <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Maladies non transmissibles*. Retrieved from <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Profil des pays pour les maladies non transmissibles (MNT) : Togo*. Retrieved from http://www.who.int/nmh/countries/tgo_fr.pdf?ua=1.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). “*Maîtrisez votre tension artérielle, maîtrisez votre vie*”. Retrieved from <http://www.emro.who.int/fr/media/world-health-day/control-factsheet-2013.html>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Les soins de santé primaires*. Retrieved from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- Patrick, D.L. & Erikson, P. (1993). *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Plano Clark, V. & Ivankova, N. (2015). *Mixed Methods Research: A Guide to the Field* [Version électronique]. Sage Publications. 368p.

- Reid, R. J., Haggerty, J. L., & McKendry, R. (2002). Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Canada : Canadian Health Services Research Foundation.
- Renders, C. M., Valk, G. D., Griffin, S., Wagner, E. H., Eijk, J. T. & Assendelft, W. J. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*(1), Cd001481. doi :10.1002/14651858.Cd001481.
- Rickheim, P. L., Weaver, T. W., Flader, J. L., & Kendall, D. M. (2002). Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care*, 25(2), 269-274.
- Roucoux, F. (2018). Système d'information sanitaire [PowerPoint slides]. Retrieved from Université catholique de Louvain, <https://moodleucl.uclouvain.be>.
- Royal College of General Practitioners. (2012). *Medical generalism Why expertise in whole person medicine matters*. Retrieved from <https://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/medical-generalism.aspx>.
- Sajoux, M., Golaz, V. & Lefèvre, C. (2015). L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées. *Mondes en développement*, 171(3), 11.
- Steurer-Stey, C., Frei, A. & Rosemann, T. (2010). Le "Chronic care model" en médecine de famille en Suisse. *Revue médicale suisse*, 6(249), 1016-1019.
- Thompson, A., Campbell, N. R., Cloutier, L., Costello, J. A., Dawes, M., Hickey, J., ... Du groupe de travail sur la mise en œuvre du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (2008). S'attaquer au fardeau de l'hypertension au Canada : Encourager les soins en collaboration. *Canadian Family Physician*, 54(12), 1664–1667.
- Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. & Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*, 11(8), 478-488.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*, 13, e010.
- Van de Vijver, S., Akinyi, H., Oti, S., Olajide, A., Agyemang, C., Aboderin, I. & Kyobutungi, C. (2013). Status report on hypertension in Africa--consultative review for the 6th Session

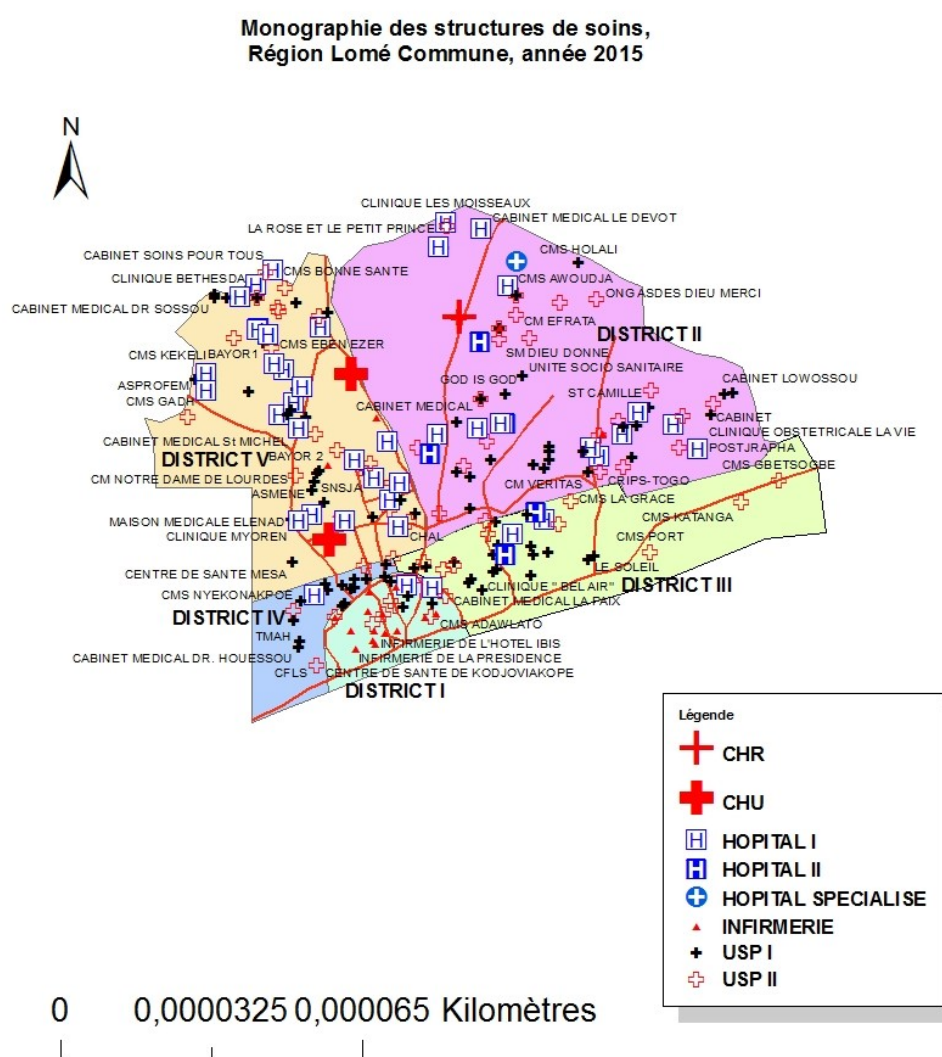
- of the African Union Conference of Ministers of Health on NCD's. *The Pan African medical journal*, 16 (38). doi :10.11604/pamj.2013.16.38.3100.
- Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract*, 16(5), 947-956. doi:10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x.
- Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*, 1(1), 2-4.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*, 20 (6), 64-78. doi :10.1377/hlthaff.20.6.64.
- Wagner, E. H., Glasgow, R. E., Davis, C., Bonomi, A. E., Provost, L., McCulloch, D., . . . Sixta, C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*, 27(2), 63-80.
- Walsh, J. M., McDonald, K. M., Shojania, K. G., Sundaram, V., Nayak, S., Lewis, R., . . . Goldstein, M. K. (2006). Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. *Med Care*, 44(7), 646-657. doi: 10.1097/01.mlr.0000220260.30768.32
- Ware, J. E. Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30(6), 473-483.
- Yayehd, K., Damorou, F., Akakpo, R., Tcherou, T., N'Da, N. W., Pessinaba, S., . . . Johnson, A. (2013). [Prevalence and determinants of hypertension in Lome (Togo): results of a screening in May 2011]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*, 62(1), 43-50. doi: 10.1016/j.ancard.2012.09.006.

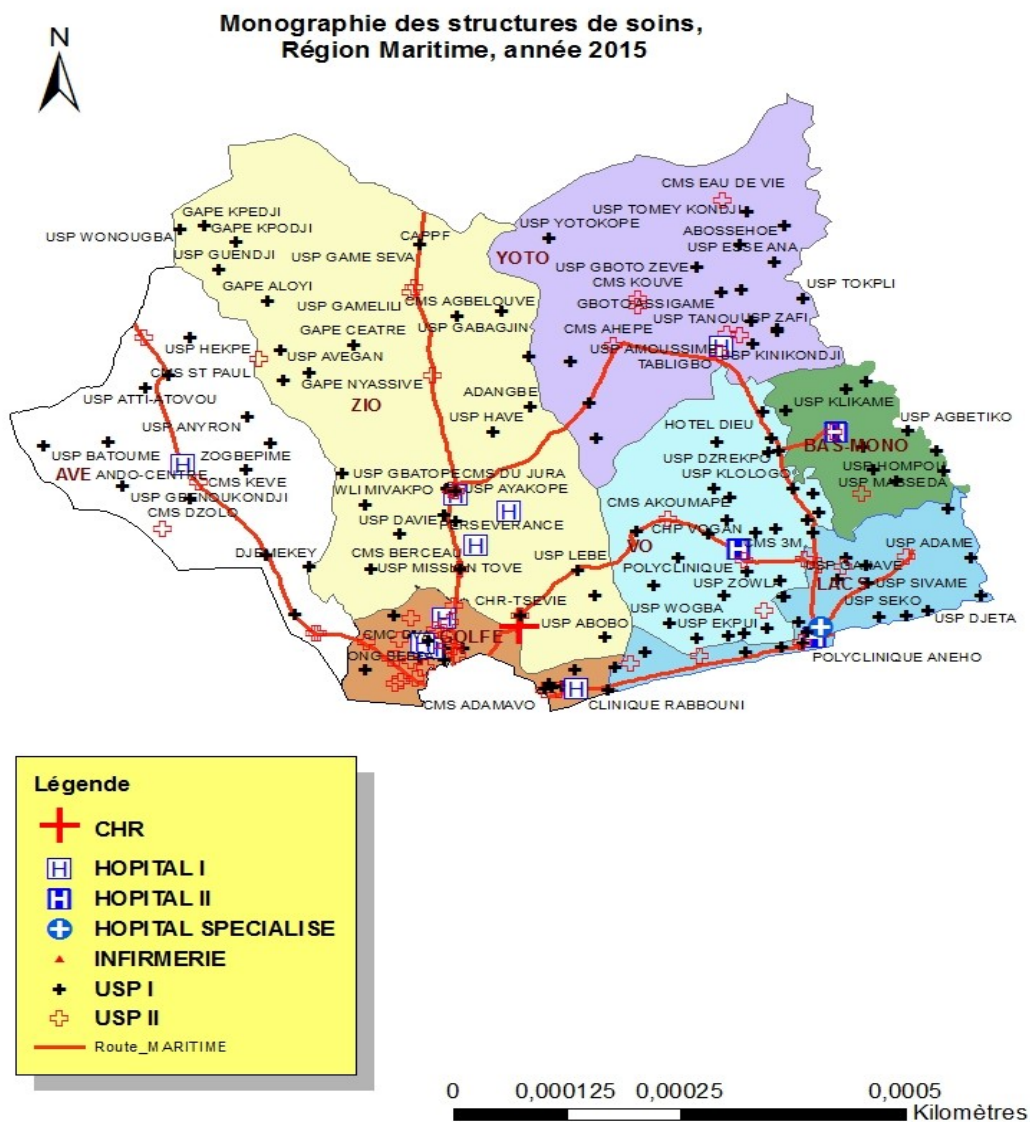
1. Annexe 1 : Concepts de maladie chronique et hypertension artérielle
2. **Annexe 2 : Cartes de l'organisation des soins à Lomé**
3. **Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la prise en charge de l'HTA**
4. **Annexe 4 : Guide d'entretien**
5. Annexe 5 : Feuille d'information
6. Annexe 6 : Formulaire de consentement
7. Annexe 7 : Note de service d'autorisation de recherche du Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
8. Annexe 8 : Formulaire de l'avis du comité éthique hospitalo-facultaire
9. **Annexe 9 : Résultats quantitatifs**
10. **Annexe 10 : Résultats quantitatifs – Tests statistiques**

⁵ 5 Le mémoire en format papier présente uniquement **les annexes nécessaires** à la compréhension du texte. Les annexes supplémentaires sont déposées sur la plateforme DIAL.

1. ANNEXE 1. CONCEPTS DE MALADIE CHRONIQUE ET D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

2. ANNEXE 2. CARTES DE L'ORGANISATION DES SOINS À LOMÉ





3. ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA

Questionnaire d'évaluation de la prise en charge de l'hypertension artérielle

Veuillez compléter les informations suivantes. Nous aimerions obtenir votre numéro de téléphone ou votre adresse e-mail dans le cas où nous aurions besoin de vous contacter pour davantage d'informations concernant le questionnaire.

Votre nom:	Lieu de travail et adresse :
Profession:	Ancienneté:
Votre numéro de téléphone (contact via Whats'app) :	Votre adresse e-mail:

Directives pour remplir le questionnaire

Cette enquête a pour but d'évaluer les forces et les faiblesses de la prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle à Lomé. Nous espérons qu'elle permettra de formuler des recommandations pour améliorer cette prise en charge. Les instructions sont les suivantes :

1. **Lisez** la lettre d'information annexée à ce questionnaire.
2. **Lisez** le formulaire de consentement annexé à ce questionnaire. **Signez** celui-ci.
3. **Lisez** chaque question de ce questionnaire. Elles présentent les principaux aspects des soins pour les maladies chroniques.
4. Pour chaque question, **entourez** la valeur en points qui décrit le mieux, selon vous, le niveau de soins existant sur votre lieu de travail. Les points sont compris entre 0 et 11. Chaque point est décrit à l'aide de quelques mots. Les valeurs des points les plus élevés indiquent que les actions décrites sont pleinement mises en œuvre. Si vous le souhaitez, vous pouvez **commenter en quelques mots** l'une ou l'autre question pour justifier le choix de valeur que vous avez fait (sur le questionnaire ou en fin de questionnaire).
5. **Rendre** ce questionnaire à Madeleine Capiau.
6. Vous serez peut être amené à **répondre** à quelques questions de justification des scores attribués dans ce questionnaire lors d'un entretien oral. Dans ce cas, vous serez contacté.
- 7.

Pour davantage d'informations sur la manière de remplir le questionnaire, vous pouvez prendre contact avec :

Madeleine CAPIAU

- Mail : Capiaumadeleine@gmail.com

- Wats'app :

! Remarque: HTA = Hypertension artérielle

1. **Influence de l'organisation des soins** : la prise en charge de l'HTA peut être plus efficace si l'institution dans laquelle vous travaillez soutient et met l'accent sur les soins pour l'HTA.

1.1. Selon vous, quel est le degré d'intérêt de l'institution de soins pour la prise en charge de l'HTA ?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
= Pas de soutien ou limité			= Soutien de base			= Bon soutien			= Soutien totalement développé		
- Il n'y a pas d'intérêt pour la prise en charge de l'HTA dans l'institution.			- Il y a un intérêt pour la prise en charge de l'HTA dans le plan stratégique de l'institution. - Il n'y a pas de ressource humaine et financière spécifiquement prévues pour la prise en charge de l'HTA.			- Il y a un intérêt pour la prise en charge de l'HTA dans le plan stratégique de l'institution. - Il existe des ressources financières et humaines spécifiquement prévues pour la prise en charge de l'HTA. - Les ressources financières et humaines affectées pour la prise en charge de l'HTA sont instables (par exemple au travers de projets).			- La prise en charge de l'HTA fait partie du plan stratégique de l'institution à long terme. - Un financement continu et à long terme est assuré. - Les ressources humaines sont disponibles en permanence. - Il y a des personnes qui sont spécifiquement affectées à la mise en œuvre, à l'évaluation à de la mise à jour de la politique de prise en charge de l'HTA.		
1.2. Quelles sont les stratégies de soins aux patients hypertendus au sein de l'institution ?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Les stratégies de prise en charge de l'HTA ne sont pas définies et ne sont pas traduites en action.			- Il s'agit d'une gestion dans l'urgence des problèmes dans la prise en charge de problèmes liés à l'HTA. - Il existe quelques tentatives pour identifier et rapporter des problèmes de qualité de soins mais il n'y a pas toujours de stratégies d'amélioration de la qualité de prise en charge de l'HTA.			- La gestion de l'HTA n'est pas systématiquement effectuée de manière proactive. - Il existe des stratégies d'amélioration de la qualité de prise en charge en réponse à des problèmes ciblés et celles-ci sont exécutées. - Il y a des personnes responsables de l'amélioration de la qualité dans la prise en charge de l'HTA.			- Les stratégies de gestion de l'HTA sont mises en place de manière proactives, c'est-à-dire sans attendre les problèmes. - Il y a des cycles réguliers d'identification, d'analyse de problèmes et de mise en place de stratégies d'amélioration de la prise en charge de l'HTA. - Il y a des personnes responsables de l'amélioration de la qualité de la prise en charge de l'HTA.		

1.3. Quelles sont les directives en matière de prise en charge de l'HTA au sein de votre institution ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
➔											
- Il n'y a pas de directives pour la prise en charge de l'HTA ou le professionnel ignore ces directives.			- Il existe des directives pour la prise en charge de l'HTA. - Ces directives sont appliquées de manière irrégulière par le personnel.			- Il existe des directives pour la prise en charge de l'HTA. - Ces directives sont appliquées régulièrement par le personnel.			- Les directives pour la prise en charge de l'HTA existent. - Ces directives sont appliquées systématiquement par le personnel. - Ces directives permettent de développer les capacités du personnel pour atteindre une meilleure prise en charge de l'HTA.		

1.4. Selon vous, quelle est la position des dirigeants du système de santé togolais sur la gestion des maladies chroniques ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
➔											
- Les dirigeants n'encouragent pas l'inscription de la gestion des maladies chroniques dans l'organisation du système de soins de santé togolais.			- Les dirigeants n'accordent pas la priorité de la gestion des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé togolais.			- Les dirigeants mentionnent vouloir une amélioration de la gestion des maladies chroniques dans l'organisation du système de santé togolais.			- Les dirigeants participent activement à l'amélioration de la gestion des maladies chroniques à travers l'organisation du système de santé togolais.		

2. **Relation avec la communauté et les autres prestataires de soins** : les liens entre l'institution de soins et les ressources communautaires jouent un rôle important dans la gestion de l'HTA.

2.1. Les patients sont-ils mis en relation avec des ressources externes à l'institution ? 											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- La mise en relation avec des ressources externes à l'institution n'est pas faite de manière systématique.			- La mise en relation avec des ressources externes de l'institution est limitée à une liste de personnes ressources dans la communauté ou provenant d'autres services.			- La mise en relation est faite par un membre du personnel chargé de veiller à ce que les prestataires et les patients utilisent au maximum les ressources de la communauté.			- La mise en relation avec des ressources externes à l'institution est faite grâce à une coordination active entre l'institution, les ressources externes à l'institution et les patients.		

2.2. Existe-t-il un partenariat et des activités avec des organismes communautaires (tels que les agents de santé communautaires) ? 											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Aucun partenariat ni activité ne sont réalisées avec des organisations communautaires. - La prise en charge de l'HTA est réalisée exclusivement au sein de l'institution. - Aucune collaboration avec d'autres services de santé.			- Un partenariat et quelques activités sont planifiés mais pas encore implantés. - Le personnel de l'institution se rend dans les communautés pour rechercher les patients perdus de vue, pour identifier de nouveaux patients potentiellement atteints d'HTA.			- Les organismes communautaires reçoivent une formation pour développer des activités de soutien aux patients avec de l'HTA. - Il n'y a pas d'évaluation des activités réalisées par les organismes communautaires			- Les organismes communautaires sont activement impliqués dans la mise en œuvre d'activités pour les patients souffrant d'HTA. - Ces activités sont des activités de promotion de la santé, de l'éducation à la santé et du soutien psycho-social. - Il y a une évaluation des actions organisées par les organismes communautaires.		

2.3. Qu'en est-il de la collaboration avec les autres institutions de soins ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
-Il n'y a aucune mise en commun des ressources et des directives entre les institutions. -Il n'y a pas de collaboration entre les institutions de soins : chaque institution travaille individuellement et aucune donnée concernant les patients n'est partagée.			- La mise en commun des directives et des ressources entre institutions est planifiée mais pas encore mise en place.			- La mise en commun des ressources et des directives n'est réalisée qu'entre des institutions bien définies. - Il y a collaboration entre certaines institutions de soins.			- Il existe une coordination active entre les différentes institutions pour la prise en charge des patients hypertendus : la prise en charge est partagée entre les institutions et les rôles et responsabilités sont bien définis. - Il y a une mise en commun des ressources et des directives entre institutions de soins. - Les institutions reconnaissent les besoins d'interdépendance entre les institutions des différents échelons.		

3. Soutien à l'autogestion : Un soutien efficace à l'autogestion peut aider les patients et leurs familles à mieux gérer les difficultés liées à la maladie et à réduire les complications et les symptômes.

3.1. Qu'en est-il de l'évaluation et de la documentation des besoins et des activités d'autogestion du patient hypertendu ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- L'évaluation des besoins du patient n'est pas réalisée. - Il n'y a pas d'activités visant à renforcer l'autonomie des patients avec de l'HTA.			- Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients souffrant d'HTA sont prévues et pourraient être faites mais il y a une faible implication des patients et de leur famille.			-Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients souffrant d'HTA sont prévues et réalisées. - Les activités réalisées ne sont pas toujours documentées dans le dossier du patient.			- Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques sont prévues et réalisées. - Les activités qui ont été réalisés sont documentées dans le dossier du patient pour le suivi. - Les activités réalisées et documentées dans le dossier du patient sont accompagnées d'une évaluation.		

3.2. Qu'est-ce qui est mis en place pour renforcer l'autonomie des patients souffrant d'HTA ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Le renforcement de l'autonomie des patients souffrant d'HTA se résume à la distribution d'information.			- Le renforcement de l'autonomie des patients souffrant d'HTA se fait au travers de séances d'éducation en groupes et par la distribution des supports d'information.			- Le renforcement de l'autonomie des patients souffrant d'HTA se fait individuellement par du personnel qualifié et à l'aide d'outils pour aider les patients à adhérer aux programmes et à suivre les progrès.			- Le renforcement de l'autonomie des patients souffrant d'HTA se fait individuellement par du personnel formé au renforcement de l'autonomie du patient, aux techniques de support au changement de comportement, et en utilisant une série d'outils adaptés à la culture du patient, qui l'aide à mieux comprendre sa maladie et son traitement.		

3.3. Les préoccupations du patient et/ou de sa famille sont-elles prises en compte ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
-L'écoute des préoccupations/ besoins du malade et/ou de sa famille n'est pas effectuée.			- Les préoccupations du malade et/ou de sa famille sont prises en compte pour certains patients et leurs familles.			- Les préoccupations du malade et/ou de sa famille font partie des soins (= écoute active) et sont prises en compte dans le plan de soins.			- Les préoccupations du malade et/ou de sa famille font partie des soins (= écoute active) et sont prises en compte dans le plan de soins. - Les préoccupations du malade et/ou de sa famille et sont incluses de manière systématique dans les groupes d'entraides entre pairs et les programmes d'accompagnement du patient.		

3.4. Comment se déroule l'éducation pour les patients hypertendus ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
-Il n'y a pas d'interventions pour le changement de comportement chez les patients hypertendus.			-Les interventions pour le changement de comportement chez les patients hypertendus sont limitées à la distribution d'informations écrites.			- Les interventions pour le changement de comportement chez les patients hypertendus sont disponibles uniquement auprès de personnel spécialisé vers lequel le patient doit être référé.			- Les interventions pour le changement de comportement chez les patients hypertendus sont disponibles dans les centres de santé et font partie intégrante des soins de routine. -Les interventions d'éducation du patient prennent différentes formes.		

4. **Appui à la prise de décision** : La prise en charge des patients atteints d'HTA implique que les prestataires aient accès aux informations indispensables à une prestation de qualité.

4.1. Existe-il des lignes directrices pour la prise en charge de l'HTA basées sur des preuves (EBM) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Les lignes directrices pour la prise en charge de l'HTA ne sont pas disponibles ou inconnues par les prestataires.			- Les lignes directrices (= guidelines) pour la prise en charge de l'HTA sont disponibles. - Ces normes ne sont pas systématiquement utilisés pour les prestations de soins.			- Les lignes directrices pour la prise en charge de l'HTA sont disponibles. - Ces lignes directrices sont intégrées à la prestation de soins. - Il y a une formation continue des prestataires pour la mise à jour de leurs connaissances et des guidelines.			- Les lignes directrices (=guidelines) pour la prise en charge de l'HTA sont disponibles. - Ces lignes directrices sont intégrées à la prestation de soins. - Les lignes directrices sont régulièrement mises à jour. - Il y a une formation continue des prestataires pour la mise à jour de leurs connaissances et des guidelines.		

4.2. Quelle est la formation des prestataires à la prise en charge de l'HTA ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de formation des prestataires à la prise en charge de l'HTA.			- La formation des prestataires à la prise en charge de l'HTA se fait de manière sporadique.			- La formation des prestataires à la prise en charge de l'HTA se fait de manière systématique. - Cette formation se limite à l'aspect médical de la prise en charge.			- La formation des prestataires à la prise en charge de l'HTA se fait de manière systématique. - La formation inclut l'ensemble des aspects de la prise en charge et non pas que l'aspect médical.		

5. Conception du système d'offre de soins : Les preuves suggèrent qu'une gestion efficace des maladies chroniques ne se limite pas à ajouter des interventions supplémentaires à un système actuel axé sur les maladies aiguës. Cela peut nécessiter des changements dans l'organisation de l'offre de soins.

5.1. Qu'en est-il du travail en équipe ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de réunion régulière d'équipe. - Il y a une absence évidente de collaboration entre les prestataires de l'institution. - Il y a peu voire pas du tout de communication entre les membres de l'équipe.			- Le travail en équipe se résume à la disponibilité des prestataires ayant une formation appropriée sur la prise en charge de l'HTA.			- L'organisation en équipe est une préoccupation. - Le travail en équipe est discuté lors de réunions d'équipes régulières qui abordent les rôles et les responsabilités de chacun. - Il y a une collaboration entre les prestataires.			- L'organisation en équipe est une préoccupation. - Il y a des réunions régulières d'équipe ; les rôles de chaque membre sont clairement définis. - Il y a une collaboration et une coordination entre les prestataires de l'institution.		

5.2. Il y a-t-il des consultations planifiées pour la prise en charge de l'HTA ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de visite planifiée pour le suivi de l'HTA.			- Les visites de suivi sont organisées occasionnellement pour les patients dont la situation est à risque. - Il n'y a pas de rappel pour la visite quelques jours avant celle-ci.			- Les visites de suivi sont organisées à la demande des patients. - Il n'y a pas un rappel systématique de la visite quelques jours avant celle-ci.			- Il y a des visites de suivi pour tous les patients hypertendus. - Ces visites incluent un examen clinique du patient, des interventions préventives et des activités pour renforcer l'autonomie du patient. - Il y a un rappel systématique de la visite quelques jours avant celle-ci.		

5.3. Qu'en est-il de la continuité des soins ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- La continuité des soins n'est pas une priorité dans l'institution.			- La continuité des soins entre prestataires et institutions dépend des moments de rencontre. - La continuité des soins n'est pas recherchée systématiquement : au cas par cas.			-La continuité des soins est une priorité pour les différents prestataires et institutions intervenant dans la prise en charge d'un patient hypertendu. - Elle est recherchée systématiquement mais pas toujours présente.			-La continuité des soins est une priorité et toutes les interventions de prise en charge de l'HTA incluent une coordination active entre les différents prestataires et institutions pour maintenir la cohérence de la prise en charge. - La continuité entre prestataires va au-delà d'une communication écrite. - Il n'y a pas de rupture dans la prise en charge au long cours du patient hypertendu.		

5.4. Le système d'approvisionnement en médicaments (pharmacie) est-il fonctionnel ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de gestion des stocks des médicaments. - La disponibilité financière des médicaments pose problème.			- Un système de gestion de stock est disponible. - Il subsiste des problèmes d'accessibilité financière aux médicaments.			- Le système de gestion de stock est fonctionnel : les médicaments sont toujours disponibles. - Les instructions pour la prise de médicaments sont disponibles.			- Le système de gestion de stock est fonctionnel, les médicaments sont toujours disponibles. - Les instructions pour la prise de médicaments clairement disponibles. - Des contrôles de qualités sont organisés régulièrement. - Il n'y a pas de problème d'accessibilité financière aux médicaments.		

6. Système d'information clinique : la disponibilité d'informations individuelles et populationnelles au moment opportun est une condition indispensable à une gestion efficace de problèmes de santé chroniques.

6.1. Qu'en est-il du registre des patients avec problème de santé chronique ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Un registre pour les patients atteints de maladie chronique n'est pas disponible.			- Un registre pour les patients atteints de maladie chronique existe sous format papier ou électronique. - Ce registre inclut le nom, le diagnostic, l'adresse du patient et la date du dernier contact.			- Un registre pour les patients de maladies chroniques existe sous format papier ou électronique. - Le système d'information clinique est révisé par moment. On sait les nouveaux venus et ceux qui sont partis.			- Les informations nécessaires du registre de patients sont toutes disponibles et utilisées par les prestataires pour planifier les soins.		

6.2. Qu'en est-il du plan de prise en charge du patient hypertendu ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de protocole de prise en charge de l'HTA.			- Il existe un protocole standardisé de prise en charge de l'HTA. - Ce protocole n'est pas systématiquement utilisé pour tous les patients.			- Le plan de prise en charge est établi en collaboration avec le patient et en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques (guidelines). - Le plan de prise en charge de l'HTA comprend des objectifs cliniques et prône l'autonomisation du patient.			- Le plan de prise en charge est établi en collaboration avec le patient et en tenant compte des recommandations de bonne pratique. - Le plan de prise en charge de l'HTA comprend des objectifs cliniques en lien avec les objectifs du patient et prône l'autonomisation du patient. - Le plan de soins est utilisé tout au long de la prise en charge du patient.		

6.3. Comment se fait le feedback aux prestataires des résultats de l'analyse des informations collectées au niveau du système d'informations sanitaires ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
- Il n'y a pas de feedback des résultats d'analyse des informations cliniques collectées auprès des prestataires.			- L'analyse des informations cliniques collectées est transmise exceptionnellement aux prestataires. - Cette analyse n'est pas adaptée à l'institution et/ ou aux prestataires.			- Le feedback concernant les résultats d'analyse des informations cliniques se fait fréquemment.			- Le feedback concernant les résultats d'analyse des informations cliniques se fait fréquemment. - Ce feedback est adapté à l'institution et /ou aux prestataires.		

Résultats du questionnaire :

Nom et prénom de l'interviewé :

Lieu de travail :

Les composantes du système de prise en charge de l'HTA	Score total	Score moyen Score total/nombre de questions
1. Influence organisationnelle		
2. Relations avec la communauté et les autres prestataires de soins		
3. Soutien à l'autogestion		
4. Appui à la prise de décision		
5. Conception du système d'offre de soins		
6. Système d'information clinique		

Score global du système (somme des scores totaux/nombre de composantes) =

4. ANNEXE 4. GUIDE D'ENTRETIEN

THÈMES	QUESTIONS
Présentation/introduction	- Décliner l'identité de l'intervieweur. - Expliquer brièvement le but de l'entretien oral, secondaire au questionnaire écrit. - Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.
Composante 1	- Expliquer ce qui est prévu pour la prise en charge de l'HTA dans votre institution. - Formation est donnée aux professionnels pour la prise en charge de l'HTA ? Formation au dépistage, à l'éducation thérapeutique du patient ? - Expliquer les rôles et les responsabilités accordées aux différents prestataires. Le personnel paramédical participe-t-il à la prise en charge des patients hypertendus ? = Qui fait quoi pour la prise en charge d'un patient hypertendu ? - Quelles informations/ soutien/ directives/ consignes l'institution de soins reçoit-elle de la part des autorités ? - <i>Accessibilité</i> : Qu'en est-il du paiement des prestations ? Qu'est-ce que supporte le patient dans les frais des soins ? - <i>Sécurité</i> : Evaluation des pratiques de soins apportées aux patients au sein de l'institution ? Si oui, comment cela se passe-t-il concrètement ? - Quid de la coordination entre institutions ? Qui assure la coordination entre les différents prestataires en ambulatoire ?
Composante 2	- Collaboration entre les différentes structures de soins ? Collaboration formelle et/ou informelle ? Comment se déroule-t-elle si elle existe ? Coordination entre les centres de première ligne et les institutions de deuxième ligne ? - Relations entre le centre médico-social et les agents de santé communautaires ? - Le centre médico-social organise-t-il des dépistages dans la communauté ? Par qui et comment ?

Composante 3	- Interactions entre les malades, leur famille et les professionnels de santé ? Rôle attribué à la famille dans la prise en charge du patient ? Place accordée à l'aidant proche ? - ETP fait-elle partie intégrante de la prise en charge du patient hypertendu ? Expliquer comment (solo ou groupe ? / outils utilisés ?), quand, où et par qui se réalise l'ETP ? = Quelles informations sont données ? - Proches impliqués dans l'ETP ? - <i>Soins centrés sur le patient</i> : Approche paternaliste versus voix du patient ? - <i>Soins centrés sur le patient</i> : Approche biomédicale versus approche bio-psycho-sociale ?
Composante 4	- Informations données aux patients lors de l'annonce du diagnostic et de la mise en place d'un traitement ?
Composante 5	- <i>Continuité</i> : Délai entre deux consultations ? - <i>Continuité</i> relationnelle : Toujours les mêmes professionnels pour prendre en charge les patients hypertendus entre les consultations ? - Principe de référence et de contre-référence ?
Composante 6	- Partage d'informations entre les institutions de soins ? Mode de communication entre les institutions de soins ? - <i>Continuité</i> : Informations présentes dans le dossier médical du patient ? Fiche de suivi ?
Perspectives	- Avez-vous connaissance du plan WHOPEN ? - A votre avis, quels sont les obstacles à une prise en charge optimale des patients hypertendus ? - Auriez-vous des suggestions pour améliorer la prise en charge des patients hypertendus ?

5. ANNEXE 5. FEUILLE D'INFORMATION

6. ANNEXE 6. FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

7. ANNEXE 7. NOTE DE SERVICE D'AUTORISATION DE RECHERCHE DU
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

8. ANNEXE 8. FORMULAIRE DE L'AVIS DU COMITÉ ÉTHIQUE HOSPITALO-
FACULTAIRE

ANNEXE 9. RÉSULTATS QUANTITATIFS

de fonc	Profession	Années d'ancienneté	Sexe	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Moyenne
Poly Agoé	AM	8	M	8	9	10	10	9	8	9	5	10	10	10	11	8	8	7	6	9	9	8	8	8,6
HD Cacaveli	IDE	1	F	4	5	5	6	6	4	5	5	11	8	11	5	4	7	9	5	3	2	5	5	5,75
HD Cacaveli	AM	3	F	9	6	9	6	1	1	1	1	1	7	6	1	1	1	10	7	8	8	9	1	4,7
HD Cacaveli	IDE	5	F	3	4	6	6	3	2	2	4	4	5	10	6	5	7	2	6	3	1	3	6	4,4
HD Cacaveli	IDE	10	M	2	3	6	4	3	5	6	2	2	3	5	3	6	3	6	6	6	3	3	3	4
HD Cacaveli	IDE	5	M	8	7	8	11	8	0	8	4	2	3	5	8	11	8	11	8	8	5	5	10	6,9
CMS Atikom	AM	2	M	4	3	7	9	9	6	6	3	6	4	9	5	8	4	2	5	2	1	6	6	5,25
HD Cacaveli	AM	9	M	8	7	7	7	7	6	6	6	7	8	9	8	5	4	5	6	8	6	5	8	6,65
Poly Agoé	AM	4	M	2	3	6	5	3	1	2	2	2	2	2	6	6	3	4	2	4	2	2	7	3,3
Poly Agoé	AM	5	M	5	8	8	10	8	9	9	7	9	8	10	10	10	10	9	8	8	9	10	8	8,65
HD Cacaveli	IDE	3	M	4	5	7	9	6	6	6	5	6	7	8	7	6	8	11	8	9	9	8	11	7,3
HD Cacaveli	IDE	4	M	4	6	7	7	6	6	6	6	5	6	6	7	5	3	9	6	7	4	7	8	6,05
CMS Atikom	AM	5	F																					NV
Poly Agoé	IDE	3	M	5	6	4	8	5	8	7	4	2	5	5	6	4	3	6	6	3	3	3	5	4,9
Poly Agoé	IDE	0	F	6	8	5	8	5	2	5	5	2	5	8	5	5	4	5	5	7	4	5	8	5,35
CMS Doumas	IDE	10	F	8	7	7	8	4	5	5	8	11	8	8	5	8	5	9	7	8	5	6	4	6,8
CMS Doumas	IDE	12	F	5	7	8	8	7	6	7	6	7	7	7	5	5	5	9	7	4	10	8	8	6,8
CMS Doumas	IDE	10	M	10	10	10	10	9	8	9	7	7	6	8	4	4	6	7	6	7	9	6	10	7,65
CMS Doumas	IDE	6	F	4	5	7	7	5	2	4	5	5	5	7	5	5	5	7	6	5	5	5	5	5,2
CMS Atikom	IDE	6	F	3	3	3	6	1	1	1	1	5	8	11	4	4	6	9	6	1	3	5	3	4,2
CMS Doumas	IDE	4	F	4	5	9	8	9	1	3	1	4	5	7	5	2	2	4	5	2	2	5	3	4,3
CMS Doumas	IDE	12	M	6	3	2	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	2	1	0	0	1,1
CMS Atikom	IDE	7	M	3	3	8	9	1	0	10	0	0	8	11	6	0	4	0	0	2	0	1	0	3,3
HD Cacaveli	IDE	8	F	5	5	7	9	6	2	6	3	1	3	8	7	3	6	9	6	5	0	5	3	4,95
Poly Agoé	IDE	20	M	4	3	2	7	0	0	3	3	1	3	6	3	9	6	9	6	6	0	0	0	3,55
Poly Agoé	IDE	12	M	4	4	4	7	7	1	5	4	1	4	6	4	3	4	8	7	7	1	4	10	4,75
Poly Agoé	IDE		NC F																					NV
Poly Agoé	IDE		NC F																					NV
CMS Doumas	IDE	9	M	6	6	4	3	2	4	5	6	6	5	6	4	4	5	3	4	5	4	4	2	4,4

ANNEXE 10. RÉSULTATS QUANTITATIFS - TESTS STATISTIQUES

1. HYPOTHÈSE N° 1 : DIFFÉRENCE ENTRE PROFESSIONS

Nous ne pouvons pas affirmer, au seuil de 5%, qu'il existe une différence significative pour les scores des composantes entre les trois professions (p-valeur > 0.05).

Professions /Composante	AM (N=8)	IDE (N=14)	MED (N=3)	P-valeur
C1 : Influence de l'organisation des soins	6,38 ± 1,909	5,93 ± 1,928	5,67 ± 0,880	0,806
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	4,79 ± 3,28	4,67 ± 2,227	4,22 ± 0,509	0,946
C3 : Soutien à l'autogestion	5,88 ± 2,357	5,30 ± 2,294	4,33 ± 1,010	0,593
C4 : Appui à la prise de décision	5,81 ± 3,081	5,18 ± 1,947	4,50 ± 0,866	0,677
C 5 : Conception du système d'offre de soins	5,25 ± 2,428	5,82 ± 2,006	6,25 ± 0,433	0,730
C 6 : Système d'information clinique	5,21 ± 2,811	4,83 ± 2,870	4,22 ± 1,347	0,866
Composantes totales	5,55 ± 2,240	5,29 ± 1,779	4,87 ± 0,237	0,859

2. HYPOTHÈSE N° 2 : DIFFÉRENCE ENTRE LIEU DE TRAVAIL

Nous constatons que la différence des scores pour les différentes composantes du questionnaire n'est pas statistiquement significative au seuil de 5% (p-valeur > 0.05).

Lieu de travail/ Composante	Poly Agoé (N=7)	HD Cacaveli (N=9)	CMS Atikomé (N=3)	CMS Doumasséss é (N=7)	P-valeur
C1 : Influence de l'organisation des soins	6,04 ± 1,991	6,17 ± 1,490	5,08 ± 1,155	6,36 ± 2,207	0,784
C2 : Relation avec la communauté et les autres prestataires de soin	5,05 ± 3,058	4,59 ± 1,793	3,89 ± 3,006	4,64 ± 2,374	0,927
C3 : Soutien à l'autogestion	5,04 ± 2,612	5,36 ± 2,00	5,50 ± 0,750	5,50 ± 2,152	0,981
C4 : Appui à la prise de décision	6,43 ± 2,422	5,44 ± 52,256	4,50 ± 1,803	4,07 ± 1,858	0,236
C 5 : Conception du système d'offre de soins	6,07 ± 1,870	6,50 ± 1,490	3,42 ± 2,005	4,89 ± 2,198	0,079
C 6 : Système d'information clinique	5,05 ± 3,058	5,30 ± 2,195	42,78 ± 2,143	4,86 ± 2,937	0,560
Composantes totales	5,61 ± 2,231	5,56 ± 1,243	4,19 ± 1,120	5,05 ± 2,182	0,661

