

Élaboration d'un outil de planification et d'évaluation de recherche-action en santé au Burkina Faso

Bony Roger Sylvestre AKA (akabonyroger@yahoo.fr), Ludovic QUEUILLE, Fatimata PILABRE, Noufou ZIDWEMBA, Valéry RIDDE

L'analyse de la mise en œuvre d'une recherche action en santé au Burkina Faso a permis d'élaborer une liste de 19 « meilleures pratiques ». Elle constitue un outil de planification, de suivi et d'évaluation utilisable pour se lancer dans une recherche action.

Introduction

Depuis 2008, la Direction régionale de la santé du Sahel et l'ONG HELP ev. subventionnent le paiement des soins des enfants de moins de cinq ans dans deux districts, Dori et Sebba. Elles remboursent mensuellement et en fonction des prix réels les produits et services délivrés sans paiement aux enfants de moins de cinq ans par les centres de santé (CSPS). Depuis août 2011, elles expérimentent le remboursement au forfait (FFT) des épisodes de maladie dans le cadre d'une recherche action (RA) avec l'appui de l'Université de Montréal.

La RA évalue la faisabilité du paiement au forfait (FFT) et ses effets sur les coûts et la charge administrative par rapport au remboursement au réel (REEL) à l'aide d'un devis quasi-expérimental.

La présente note résume la méthode, les résultats et les produits de notre analyse de la mise en œuvre de cette démarche de recherche action.

Méthode

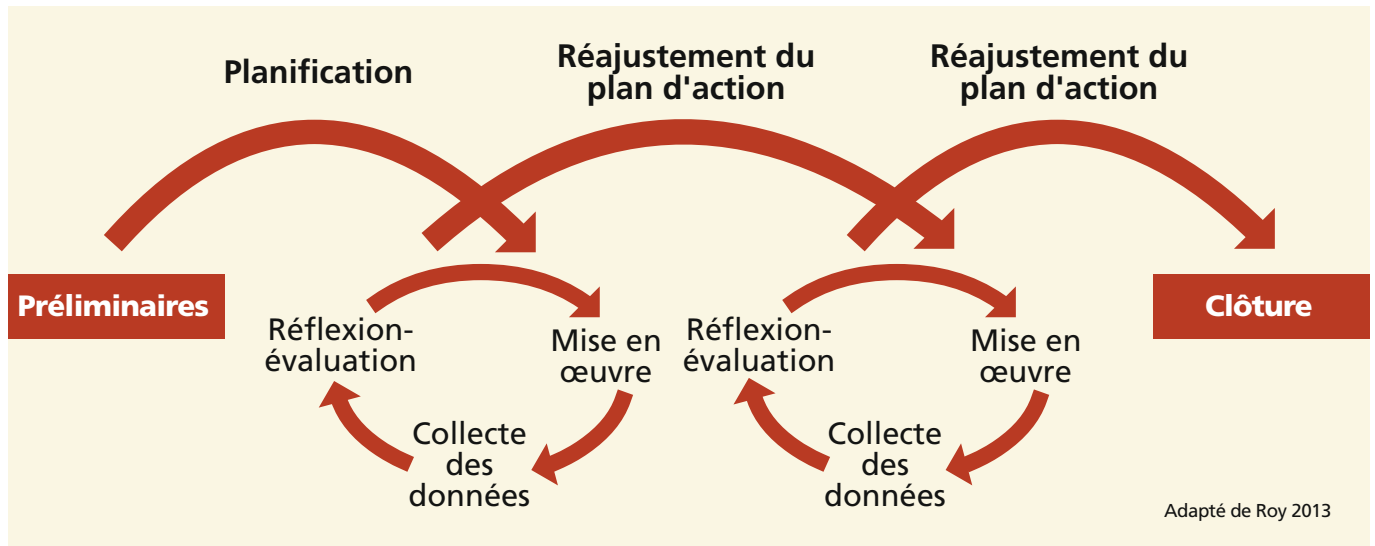
L'étude a été conduite par le premier auteur, externe à la RA, l'équipe de chercheurs et le médecin chef du district de Sebba. Elle s'est déroulée en trois étapes : i) synthèse des connaissances sur la démarche de RA et identification des meilleures pratiques ; ii) revue documentaire, observations et entrevues individuelles (n=22) ; iii) analyse réflexive des parties prenantes (PP) de la RA à l'aide d'un groupe de discussion (n=19), d'un questionnaire individuel (n=17) et d'une discussion sur les résultats préliminaires de l'analyse externe. Cette étude a fait l'objet d'une publication centrée sur la méthode (Aka, 2014).

Résultats

Les cycles de la recherche action

La RA est un processus itératif impliquant la collaboration entre chercheurs et praticiens pour agir ensemble dans un cycle d'activités comportant l'identification d'un problème, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des solutions ainsi que la réflexion (Avison, 1999). Roy (2013) a représenté les différentes étapes des cycles expérimentaux de la RA en y ajoutant une étape préliminaire et une étape finale au modèle original de Lewin. Les cycles prennent fin lorsque les parties prenantes ont résolu tous les problèmes identifiés. Nous avons simplifié la représentation des cycles de la RA pour en favoriser la compréhension et l'utilisation (figure page suivante).

Figure : cycles expérimentaux de la RA



Les « meilleures pratiques » pour chacun des cycles de la RA

Selon Patton (2001), les meilleures pratiques sont basées sur des principes pour guider l'action, alors que les bonnes pratiques sont normatives, spécifiques et difficiles à appliquer dans divers contextes. Notre analyse des écrits scientifiques a identifié les « meilleures pratiques » par cycle de la RA. L'analyse de la mise en œuvre de la RA nous a permis d'éprouver notre grille initiale et de l'améliorer (version définitive dans le tableau en page 3).

Mise en œuvre réussie de la recherche action

L'analyse externe des données collectées à l'aide de la revue documentaire, des observations et des entrevues a principalement montré que :

- ⇒ l'analyse situationnelle a créé une intention d'action et de recherche au niveau des PP ;
- ⇒ l'identification et l'implication de toutes les PP dès le début ont légitimé le processus, favorisé la mise en œuvre et les chances de succès de la RA ;
- ⇒ la discussion des enjeux et la signature de conventions ont permis la confiance et l'engagement des PP ;
- ⇒ le guide de mise en œuvre, les outils de collecte des données et les visites de terrain ont facilité la mise en œuvre de la RA ;
- ⇒ l'organisation de rencontres de suivi régulières, démocratiques et encadrées par des règles de fonctionnement a stimulé la réflexion et l'évaluation des résultats par consensus ;
- ⇒ les solutions proposées au cours de la RA étaient souples, progressives, innovantes et adaptées.

Les principales faiblesses relevées dans la mise en œuvre de la RA sont des délais dans le partage de documents entre toutes les PP, des retards dans le démarrage de certaines PP rencontres et la non implication de responsables centraux du Ministère de la santé.

Le questionnaire administré aux participants de l'atelier réflexif a permis aux 17 répondants (76% de responsables médicaux de CSPP, 12% de l'ONG HELP et 12% de l'équipe RA) d'apprécier le degré d'application des meilleures pratiques. Les résultats sont positifs. Le score moyen est de 96% d'accord à tout à fait d'accord sur l'application des meilleures pratiques. Les scores les moins bons concernent : les séances de travail de l'équipe RA sur le terrain [Mise en œuvre] (71%), la dissipation des craintes concernant la faisabilité de la RA [Planification] (77%), les innovations des solutions expérimentées [Planification] (86%), la robustesse des innovations expérimentées [Planification] (87%) et la fiabilité des données collectées [Collecte des données] (88%). Tous les autres scores sont supérieurs à 90% avec une majorité de 100%.



Tableau : grille d'analyse des 19 meilleures pratiques de RA selon nos travaux

Préliminaire	Planification	Mise en œuvre	Collecte des données	Réflexion-évaluation
<p>1. Réaliser une analyse situationnelle</p> <p>2. Déterminer les parties prenantes</p> <p>3. Mettre en place les instances de gouvernance</p> <p>4. Formaliser l'engagement réciproque des parties prenantes</p> <p>5. Définir le rôle des chercheurs</p>	<p>6. Définir l'objectif de la RA</p> <p>7. Énoncer les questions de la RA</p> <p>8. Analyser les enjeux liés à l'objet et à l'implantation de la RA</p> <p>9. Proposer des solutions adaptées et réalistes</p> <p>10. Planifier les activités à réaliser</p>	<p>11. Élaborer un guide de mise en œuvre des activités</p> <p>12. Organiser des séances de travail sur le terrain</p>	<p>13. Élaborer les méthodes de collecte des données</p> <p>14. Élaborer les outils de collecte</p> <p>15. Assurer la traçabilité de la transmission des données en responsabilisant les acteurs</p>	<p>16. Organiser des rencontres de suivi périodiques</p> <p>17. Valider collectivement les résultats</p> <p>18. Faire le bilan de chaque cycle du processus</p> <p>19. Formaliser les connaissances produites</p>



Lors des discussions sur les résultats intérimaires de l'analyse externe, les PP ont déclaré avoir apprécié leur implication aux processus de la RA, le devis par comparaison, les conventions et la manière dont ont été organisés le suivi et l'évaluation. En revanche, ils ont moins apprécié la non maîtrise de la durée de la RA¹, des retards dans les signatures de conventions, la perte de deux cahiers de collecte des données et la gestion du temps dans les rencontres de suivi.

Conclusion

Les résultats obtenus à partir des différentes méthodes convergent. La mise en œuvre de la RA étudiée a été réussie. Les PP l'ont appréciée tout en pointant quelques faiblesses, plutôt d'ordre pratique, à considérer.

Nous considérons une « meilleure pratique » comme un savoir-faire et notre grille d'analyse (tableau) comme une liste de tâches permettant de réaliser efficacement les différentes étapes de la RA. La mise à l'épreuve de notre liste des meilleures pratiques a démontré qu'elle était accessible et adaptée. Dès lors, nous pensons qu'elle constitue un outil parfaitement utilisable pour qui veut se lancer dans une RA, quelle que soit la problématique, le contexte et les parties prenantes.

*Cette note et d'autres documents concernant l'accès aux soins et l'évaluation de programmes sont disponibles sur les sites de :
ONG HELP (<http://www.help-ev.de/en/projects/burkinafaso/>) - Programme de recherches ÉQUITÉ (<http://www.equitesante.org/>)*

Les auteurs remercient les autorités sanitaires de la direction régionale de santé du Sahel - Burkina Faso, les parties prenantes de la recherche action (<http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils-devaluation/outil-de-planification-et-devaluation-de-recherche-action-en-sante/>) et l'ONG HELP.

Références

Aka B. R., L. Queuille, F. Pilabré, N. Zidwemba et V. Ridde [2014]. Combinaison d'approches pour évaluer la mise en œuvre d'une recherche en santé au Burkina Faso. Bulletin de la Société québécoise d'évaluation de programme, Vol. 26, n°1 - 2014, p. 16-18. (<http://www.sqep.ca/archives/Vol26no1.pdf>)

Avison, D., Lau, F., Myers, M., and Nielsen, P.A. [1999]. Action Research. To make academic research relevant, researchers should try out their theories with practitioners in real situations and real organizations. Communications of the ACM, 42(1), p. 94-97.

Patton, M. Q. [2001]. Evaluation, knowledge management, best practices, and high quality lessons learned. American journal of evaluation, no 22(3), p. 329-336.

Roy, M., et P. Prévost [2013]. La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. Recherches qualitatives, vol. 32, no 2, p. 129-151.



(1) La RA a été organisée en plusieurs phases dépendantes des financements à court terme du projet qui se sont renouvelées jusqu'au terme de la RA.

